Nr. 8. 23. lutego 1930. ROK IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Włodzimierz MIKUŁOWSKI. Warszawa.

Przypadek choroby Gee'a, czyli t. zw. Coeliakji.

Ryszard R., Nr. prot. 19.490, lat $3^1/_2$, jedynak rodziców z warstwy średniomieszczańskiej, zamieszkałych na przedmieściu Warszawy, przybył do szpitala Karola i Marji w Warszawie dnia 17 lipca 1927 r. Matka zdrowa, ojciec zdrów, bardzo nerwowy. Dziecko karmione piersią przez pierwszy rok, dokarmiane mlekiem krowiem od drugiego miesiąca, zaczęło chodzić w 13-ym miesiącu, mówić w 2-im roku życia. Pierwsze zęby w 12-ym miesiącu, szczepienie ospy w 12-ym miesiącu życia. W 2-im roku życia przebyło odrę i koklusz. Mieszkanie podmiejskie suche, słoneczne, obszerne. Łóżko dziecka oddzielne.

Dziecko przybywa do szpitala z powodu stopniowo rozwijającej się od drugiego roku życia choroby, przebiegającej bez gorączki, wśród kilkakrotnych na dobę, wolnych i bardzo obfitych, przeważnie jasnych i cuchnących stolców. Dziecko ma zmienny apetyt i „wszystko mu szkodzi na kiszki". Cierpi na stałe pragnienie. Oprócz tego zauważyła matka od roku powiększenie się brzucha. Lekarze, u których zasięgała rady, rozpoznawali katar kiszek, neuroartrytyzm, inni stanowczo doradzali operację z powodu puchliny brzusznej.

Badanie stwierdza: jasny blondyn o żywej inteligencji, na swój wiek mały; 88 cm (zam. 96), o wadze 12.200 (zam. 15,600), budowy drobnej. Głowa proporcjonalna, 49 cm w obwodzie, klatka piersiowa normalna 49 cm w obwodzie. Szkielet innych kości także bez zmian. Ciepłota prawidłowa. Odczyn Pirqueta i Mantoux ujemny. Skóra na piersiach, na plecach i na barkach wykazująca wykwity wyprysku suchego, łuszczącego — jest flakowata, luźna i wiotka, pozbawiona napięcia, miejscami sfałdowana. Na kończynach dolnych nierównomiernie zaznaczone schudnięcie. Brzuch wielki, niebolesny, o mięśniach wiotkich, o żyłach zarysowanych, o pępku wysadzonym.

Brzuch ma obwód 60 cm, niebolesny na ucisk, nie zawiera płynu wolnego, nie okazuje guzowatości ani widocznej perystaltyki. Brak płynu wolnego. Żyły na skórze brzucha mocno zarysowane. Śledziona niemacalna, wątroba na dwa palce poprzeczne pod łukiem żebrowym. Badanie przez odbytnicę ujemne. W płucach brak zmian, granice serca normalne, tony czyste, tętno 90, miarowe. Oddech normalny. Chód dziecka przypomina chód kobiety w posuniętej ciąży. Głos dziecka głęboki. Inteligencja żywa. Apetyt bardzo zmienny, naogół upośledzony Nawet mimo braku apetytu dziecko mówi z pasją o niektórych potrawach. Stałe pragnienie.

Krew: Hemoglobiny 60%. Czerwonych ciałek 5.000.000. Wskaźnik zabarwienia 0.6. Białych ciałek 7.000 o normalnym wzorze. Odczyn Wassermanna ujemny. Cukru we krwi 0,12%. Stolec kilka razy na dzień, gliniasty, miękki, niesformowany, niewodnisty, jakkolwiek wolny, pienisty, cuchnący, jakby pokarm uległ zgniciu, nie strawieniu, bardzo obfity. Oddziaływanie kwaśne. Stolec ma wagę 10-krotnie większą, niż normalnie, bo waży zamiast 70 g — 700 g, wypełniając dosłownie naczynie. Mikroskopowo w kale, oprócz wszelkiego gatunku resztek pokarmowych, wielka ilość igieł tłuszczowych i kropli tłuszczu. Brak pasorzytów, brak włosogłówki ludzkiej *(trichocephalus dispar)* i ogoniastka jelitowego *(lamblia intestinalis)*. Brak prątków Kocha. Brak krwi utajonej przy diecie bezmięsnej.

Badanie treści żołądkowej wykazuje po próbnem śniadaniu ogólną kwasotę 30 przy braku wolnego kwasu solnego. Mocz obfity, zawiera indol. Osad bez zmian.

Dziecko po 7-dniowej, bezgorączkowej obserwacji szpitalnej zostaje 24 lipca wypisane z rozpoznaniem *colitis, neuropathia*. Nie ginie jednak z pod obserwacji, ale utrzymuje z nami stały i systematyczny kontakt ambulatoryjny, który pozwala śledzić dokładnie rozwój choroby pod względem klinicznym i laboratoryjnym. Dziecko przedstawia obraz t. zw. *colitis* z adynamją, ale bez charłactwa, z utrzymującem się stale pragnieniem. Chorobie towarzyszy wybitne powiększenie brzucha i ciągle trwające zahamowanie wzrostu. Choroba ma charakter bezgorączkowy, przewlekły, z wyraźną falistością wagi ciała i bez wybitnego efektu leczniczego. I tak w $^1/_2$ roku po obserwacji szpitalnej wzrost dziecka wynosił 92 cm (zamiast normalnie 99 cm), waga 16 kg; w następnem półroczu wzrost podniósł się do 95 cm (zamiast normalnie 102), a waga spadła na 15 kg (zamiast normalnie 17,4 kg). Po roku, a więc w 5-tym roku życia wzrost wynosił 97 cm (zamiast normalnie 107 cm a waga 17 kg (zamiast normalnie 19,5 kg). Obwód brzucha wahał się w tym okresie dwuletnim między 59 cm a 61 cm. Najczęstszą bezpośrednią przyczyną, która kierowała matkę, niezależnie od systematycznej kontroli, do lekarza, była obawa o wielki brzuch (a więc, czy nie chodzi o wodę w brzuchu), biegunka dziecka i niczem nie dające się ukoić pragnienie. Rzadziej przyczyną niepokoju matki był brak apetytu i objawy osłabienia. Gorączka nie była nigdy powodem szukania pomocy lekarskiej.

Jakkolwiek obserwacja kilkutygodniowa upoważniała nas do właściwego rozpoznania, to jednak im dłużej trwał kontakt z chorem dzieckiem, tem więcej gruntowaliśmy się w naszej koncepcji właśnie w związku ze zrozumieniem tej samej powtarzającej się w jednym trybie tożsamości każdej inspekcji dziecka. Dziecko ma wielki brzuch, ma biegunkę charakterystyczną nie przez ilość, ale przez obfitość jasnych stolców, ma wielkie pragnienie. Matka się boi o wodę w brzuchu, my się za każdem razem zmuszamy, aby tę samą obawę z zakresu własnych wątpliwości usunąć i aby mimo wielokrotnych poprzednich analiz przecież jeszcze raz zbadać mocz, choćby tylko na cukier. Chodzi nam o uspokojenie sumienia w kierunku możliwości cukrzycy.. Jak wspomnieliśmy na wstępie, jeszcze przed przybyciem dziecka do szpitala niektórzy lekarze wzmiankowali byli o potrzebie skierowania dziecka do chirurga w celu ewentualnego zabiegu z powodu puchliny brzusznej. Niektórzy chirurdzy wprost opowiadali się wówczas za prawdopodobieństwem puchliny brzusznej na tle zapalenia gruźliczego otrzewnej. Na skutek pobytu w szpitalu sprawa chirurgicznych właściwości przypadku nie straciła nic na aktualności, bo brzuch ciągle był wielki i nietylko matce, ale każdemu laikowi podsuwał myśl, czy dziecko nie ma wody w brzuchu Ponieważ jedną z trosk naszych przy badaniu dziecka była także ta sama chęć pozbycia się wszelkich wątpliwości w tym właśnie kierunku, odnosiliśmy się życzliwie do wszelkich objawów szukania pomocy chirurgicznej przez matkę i staraliśmy się tylko czuwać nad decyzją matki tak pod względem wyboru chirurga, jak i pod względem interpretacji wniosków chirurgicznego badania. Dziecko zostało zbadane przez cały szereg bardzo poważnych i doświadczonych chirurgów warszawskich. Ogromna większość wypowiadała się za prawdopodobieństwem puchliny brzusznej, spowodowanej przez gruźlicze zapalenie otrzewnej; przeważnie uważali oni za potrzebne dokonanie zabiegu operacyjnego, ale żaden z nich nie stawiał sprawy operacji zbyt ostro pod względem terminu. Żaden z chirurgów nie chciał stwierdzić na piśmie swego rozpoznania *peritonitis tbc.*, domagając się potrzeby dłuższej obserwacji. Kiedy niektórym chirurgom zwierzaliśmy się z naszą koncepcją rozpoznawczą, nie spotykaliśmy się z zaprzeczeniem, ale raczej z nieukrywaną nieznajomością egzotycznego tematu. Dziecko badane przez specjalistów pedjatrów spotykało się stale z rozpoznaniem: *colitis, neuroartrytyzm* albo *peritonitis tbc.* Chcąc uzupełnić badania pomocnicze, poddaliśmy dziecko prześwietleniu rentgenologicznemu. Badanie klatki piersiowej nie stwierdziło żadnych zmian w płucach i w śródpiersiu. Badanie jelita grubego: w 20 godzin po spożyciu treści kontrastowej treść wypełnia ostatnią pętlę przedkątniczą jelit cienkich, ślepą kiszkę, kiszkę wstępującą, poprzeczną, zstępującą, esice i bańkę odbytnicy *(ampulla recti)*. Esica tworzy dużą ruchomą pętlę. Wniosek *macrosigma* (Dr. Gubrynowicz 8. XI. 1929). Wszelkie pomocnicze badania laboratoryjne krwi, kału i moczu nie przyniosły nic nowego do oceny przypadku poza wymienionemi wynikami. Tak więc na ocenę rozpoznawczą przypadku naszego składał się zespół objawów, którego najważniejszemi ogniwami były następujące fakty kliniczne: 1) Zahamowanie wzrostu czyli *infantilismus* (od 7—10 cm). 2) Pozorna puchlina brzuszna, *pseudoascites*, t. j. brzuch wielki, stale utrzymujący z obowiązku podejrzenie lekarza w kierunku puchliny brzusznej gruźliczej. 3) Biegunka charakterystyczna więcej z powodu obfitości i jasnego koloru stolców, niż ich częstości. 4) Pragnienie, zmuszające za każdym razem lekarza do kontroli w kierunku cukrzycy. 5) Początek choroby podstępny w drugim roku życia, a nie od urodzenia. 6) Brak krzywicy. 7) Brak wymiotów. 8) Brak temperatury podwyższonej. 9) Falistość wagi i chroniczność procesu. 10) Brak wyników efektownych leczenia.

Rozpoznanie nasze brzmiało: *Coeliakia idiopatica*, czyli *morbus Gee*, albo t. zw. *infantilismus Herteri*.

Leczenie dziecka polegające na próbach djetetycznych i na stosowaniu środków leczniczych, a w szczególności środków przeciwobstrukcyjnych, fermentacyjnych endokrynalnych i ogólnie aktywujących protoplazmę — naogół pozostawało i pozostaje bez efektywnych wyników, jakkolwiek stan dziecka ogólny poza wspomnianemi uparcie utrzymującemi się objawami chorobowemi — nie jest ciężki i nie nadaje się do leczenia szpitalnego.

Próby bezwzględnego stosowania djety wegetarjańskiej według wskazówek Fąnconi'ego natrafiały u naszego pacjenta na trudności techniczne i rzadko kiedy udawały się na dłuższy okres czasu. Staraliśmy się wzbogacać jaknajbardziej djetę pokarmem jarzynowym i owocowym, uwzględniając jednak z uwagi na neuropatję zmienny gust naszego pacjenta, który często przepadał za mięsem w czasie djety bezmięsnej i naodwrót nie chciał patrzeć na mięso w czasie podawania mięsa. Leczenie djetetyczne naszego kapryśnego pacjenta było naogół toleranckie i unikało stosowania terrorystycznych ograniczeń djetetycznych lub postu.



Ryszard R. w 4-ym roku życia.

Próby złamania abominacji do niektórych potraw naogół się nie udawały. Staraliśmy się korzystać ze sprzyjającego apetytu dziecka, podając mu djetę mieszaną z jednorazowem podawaniem mięsa i obfitem dostarczaniem jarzyn i wszelkich owoców. Zresztą postępowanie nasze starało się utrzymać dziecko w korzystnych warunkach ogólno higjenicznych, jakie sprzyjały w mieszkaniu podmiejskiem dziecka na świeżem powietrzu. Leczenie było naogół symptomatyczne i wymagało czasem podawania środków przeciwbiegunkowych (nie wyłączając makowca) preparatów fermentacyjnych, jak pepsyny, pankreonu, pankreatyny, preparatów żółciowych.

W r. 1888 opisał lekarz z Edynburga Samuel Gee po raz pierwszy tę jednostkę chorobową pod nazwą: *coeliac affection*. Praca długi czas pozostawała w ukryciu, bo autor ogłosił ją był w bardzo mało znanem czasopiśmie Saint Bartholomew's Hospital Reports. Słowo *coeliac* pochodzi z greckiego i zostało zaczerpnięte z dzieła Caeliusa Aureliana, w którem jeden z rozdziałów nosi tytuł: *de ventriculosi, quam Graeci κοιλιακόυς vocant et de ceteris defluxionibus*.

Κοιλία znaczy brzuch, podbrzusze, żołądek, kiszki a słowo angielskie *coeliac* pochodzi, zdaniem autorów niemieckich, od *νοσος κοιλιακή* i znaczy tyle, co choroba brzucha. Według autora francuskiego Levent'a *coeliac* pochodziłoby od *χειλία* — *entrailles* — wnętrzności. Nazwa *coeliakia* przyjęła się we wszystkich krajach, mówiących po angielsku. Lehndorf i Mautner posługując się sami nomenklaturą *Geesscher morbus coeliacus*, agitują za potrzebą wykorzenienia innych nazw, jakie się z ujmą dla Gee'a w całych Niemczech niesłusznie rozpowszechniły.

Najwięcej znana jest nazwa *infantilismus Herteri*, albo *infantilismus intestinalis*. Heubner wprowadził nazwę: ciężka niedomoga trawienna u dziecka poza wiekiem niemowlęcym „*Schwere Verdauungsinsuffizienz beim Kinde jenseits des Säuglingsalters*".

Słownik lekarski polski przytacza terminy: *coelophlebitis* — zapalenie żyły głównej dolnej, *coelioskopja* — badanie jamy brzusznej wziernikiem, *coelio-cyesis* — ciąża brzuszna, *coelia-delphe* — zrośla brzuszne, *coeliotomia* — otwarcie jamy brzusznej.

Gdy się przegląda piśmiennictwo, to się doznaje wrażenia, że większość przypadków coeliakji dotyczy Anglji i Ameryki, potem idzie kolej na Niemcy i Austrję (tylko Wiedeń), bardzo rozpowszechniona zdaje się być w Szwajcarji, wreszcie w Holandji i krajach północnych. Natomiast nie słyszy się o tej chorobie wśród ludów romańskich. We francuskiej literaturze, która oddawna porusza zagadnienie infantylizmu, niema ani jednej pracy oryginalnej na ten temat. Prace Comby'ego i Levent'a na temat *maladie coeliaque* nie zawierają obserwacji własnych. We włoskiej literaturze notują jeden przypadek, w węgierskiej jeden, w rosyjskiej niema ani jednej obserwacji. W Polsce nikt, o ile nam wiadomo, nie opisał tej choroby.

Choroba jest bardzo rzadka. Gdy się zważy, że znana jest w Anglji od 40 lat, w Ameryce i w Niemczech od 20 lat — to liczba ogłoszonych przypadków jest bardzo mała. Still donosi, że na 14.800 pacjentów szpitalnych poniżej 12-go roku życia, których przez 5 lat obserwował, napotkał tylko 17 przypadków coeliakji. Większość autorów opisała albo poszczególne przypadki, albo dwa, trzy przypadki.

Heubner zebrał w całości 10 przypadków. Z kliniki Feera opisał Hablützel-Weber za okres 11 lat 25 przypadków w roku 1923, a Fanconi z tejże kliniki 45 przypadków, w tem 20 nowych. Niema wątpliwości, że w materjale tym krytyczny czytelnik odkryje niejeden taki przypadek, którego historja choroby nie będzie wolna od gwałtownie nasuwających się wątpliwości rozpoznawczych. Większość doświadczonych obserwatorów stwierdza zgodnie, że coeliakję spotyka się częściej w praktyce prywatnej, niż w szpitalu. Z 41 przypadków Stilla — 24 przypada na praktykę prywatną a 17 na materjał szpitalny. Heubner wyraźnie zaznacza, że jego chorzy należą bez wyjątku do klasy socjalnej uprzywilejowanej, a w większości przypadków nawet do najbogatszej klasy społecznej, w której zagadnienie żywienia i wychowania dziecka cieszy się szczególną troską i opieką. Podobnych informacyj udzielają Still, Cautley, Hutchinson, podczas gdy inni autorowie, jak Feer, Stolte, Kundratitz mówią raczej o dzieciach z proletarjatu. Statystyki Stilla mówią o przewadze płci niewieściej (na 41 przypadków 30 dziewcząt), Heubner przeciwnie o przewadze płci męskiej (na 10 przypadków 8 chłopców).

W piśmiennictwie niemieckiem zdobyła sobie popularność klasyczna w swoim rodzaju monografja Lehndorfa i Mautnera z Wiednia. Praca ta jest źródłem wielu pożytecznych informacyj pracowicie zebranych z piśmiennictwa; sama operuje niewielkim materjałem, bo dosłownie donosi o dwóch przypadkach, z których jeden rozpoznany został w Zurichu przez Feera, a drugi nie jest przekonywującym pod względem rozpoznawczym choćby dlatego, że chory zmarł w 4-ym roku życia bez sekcji na „zapalenie płuc", które mogło być gruźlicą.

W przypadku, opisanym przez nas powyżej, chodzi więc o chłopca obecnie $5^{1}/_{2}$-letniego, który od $2^{1}/_{2}$ lat pozostaje w naszej obserwacji. Choroba zaczęła się w 2-im roku życia podstępnie i przebiega wśród częstych a nadewszystko uderzająco obfitych tłuszczowych stolców przy braku podniesienia ciepłoty, przy braku wymiotów, braku krzywicy, z wybitnem utrzymującem się stale pragnieniem, z zahamowaniem wzrostu o 10 cm, z powiększeniem brzucha, naśladującym puchlinę brzuszną i ze znacznem wahaniem wagi ciała. Badanie rentgenologiczne stwierdza normalne przechodzenie papki kontrastowej i makrosigma (wydłużenie esicy). Rozpoznanie coeliakji wymagało z obowiązku różniczkowania rozpoznawczego z puchliną brzuszną, w szczególności z gruźliczem zapaleniem otrzewnej, gruźliczem zapaleniem gruczołów krezkowych, z krzywicą, chorobą Hirschsprunga, z nieżytem kiszkowym, z cukrzycą, z pitjatyzmem i z lejastenją Loepera,

Obraz chorego robił na pierwszy rzut oka wrażenie puchliny brzusznej z powodu powiększenia brzucha. Metodyczne badania brzucha przez oglądanie, opukiwanie, obmacywanie i przez skombinowane badanie opukiem i palpacją, a nadewszystko metodyczne śledzenie objawów czynnościowych, nie pozwalało na rozpoznanie puchliny. Jeżeli kształt brzucha, krążenie żylne powierzchowne i obecność zaburzeń kiszkowych mogły nasuwać wątpliwości w kierunku puchliny, to niemożność uchwycenia obecności wolnego płynu w jamie brzusznej przez tak długi czas obserwacji, brak zmian w stanie skóry brzucha, która nie była ani lśniąca, ani obrzękła i nacieczona, a nadewszystko brak zaburzeń czynnościowych właściwych puchlinie — a więc brak powiększania się stopniowego brzucha, brak zaburzeń w moczeniu, brak duszności sercowo-płucnej i brak obrzęku kończyn dolnych — wykluczały nasuwające się podejrzenia w kierunku puchliiy. Na wypadek przyjęcia ukrytej trudnej do rozpoznania, bo nieobfitej puchliny brzusznej, krytyczne rozważanie natrafiało również na trudności doszukiwania się pochodzenia tej ewentualnej puchliny. Z powodu zupełnego braku objawów, lub choćby wywiadów sercowych, lub wątrobowych — te dwie postacie puchliny usuwały się z terenu rozważań.

Pozostawała puchlina natury otrzewnowej, której typem najczęstszym jest gruźlicze zapalenie otrzewnej. Jakkolwiek w przypadku naszym bębnica, rozszerzenie żył brzusznych i w pewnym stopniu wyniszczenie, mogły oprócz wielkiego brzucha być objawami wspólnemi z zapaleniem gruźliczem otrzewnej, to jednak z drugiej strony znowu metodyczna długotrwała obserwacja chorego stwierdzała falistość przebiegu, niestałość objawów opukowych brzucha nieraz w ciągu jednego dnia, brak objawów istnienia oporów i rezystencji w brzuchu, brak wolnego płynu, długi czas trwania choroby bez gorączki, ujemny odczyn Pirquet'a i Mantoux, a wreszcie objaw pragnienia zupełnie niecharakterystyczny dla zapalenia gruźliczego otrzewnej, zmuszały do wykluczenia tej jednostki chorobowej.

Przeciwko ewentualnej gruźlicy kiszkowej, której podejrzenie mogła nasuwać biegunka, przemawiało to, że, niezależnie od ujemnych odczynów skórnych Pirquet'a i Mantoux, nie było charłactwa postępującego *(cachexia)* nie było gorączki, była niestałość objawów opukowych i wreszcie brak było charakterystycznych dla gruźlicy śluzowo-krwawo-ropnych stolców, zawierających prątki Kocha.

Mogącą się nasuwać koncepcję kiłowego zapalenia otrzewnej *(peritonitis luetica)* lub kiłowego nieżytu kiszek *(colitis luetica)* należało uznać za nierealną, najpierw z powodów podanych wyżej w związku z puchliną brzuszną wogóle, a powtóre dla braku podstaw do kiłowej etjologji cierpienia. Badanie kliniczne ani rentgenologiczne nie wykazało istnienia zwężenia w odbytnicy *(rectite stenosante Savignac)*, znamiennego dla niektórych postaci kiły kiszkowej. Skoro mieliśmy prawo wykluczyć *colitis luetica*, to temsamem wykluczaliśmy w przypadku naszym t. zw. *colitis neuroarthritica*. Jakkolwiek bowiem dziecko było nerwowe i przedstawiało obraz chronicznych biegunek, charakterystycznych przez obfitość stolców, to jednak wiadomo, że nieżyt jelita grubego nie prowadzi do infantylizmu, ani do powiększenia brzucha, naśladującego puchlinę brzuszną, ani do objawu stałego pragnienia. Zmuszeni byliśmy również wykluczyć t. zw. *megacolon* t. j. chorobę Hirschprunga, cierpienie to bowiem zaczyna się od urodzenia, a nie jak w naszym przypadku w 2-im roku życia, charakteryzuje się uporczywem zaparciem stolca, a nie jak w naszym przypadku biegunką, wreszcie prowadzi do zamknięcia jelita (okluzji) lub do subokluzji, których w naszym przypadku do 5-go roku życia ani razu nie było. Pozatem obraz rentgenologiczny po zastosowaniu papki bizmutowej przeczył temu zespołowi chorobowemu.

W przypadku naszym nie chodziło również o postać histerji. Pomijając bowiem nieaktualność naukową tego tak dawniej nadużywanego terminu, podkreślamy, że przypadek dotyczył chłopca, nie dziewczynki. Przypadek *pithiatismus* u dziewczynki semickiej, imitujący *ascites* i operowany trzykrotnie z powodu rzekomego zapalenia otrzewnej, obserwowałem sam, ale objawem wyprowadzającym z równowagi chirurgów był zawsze zły stan subjektywny chorej, jej bóle gwałtowne i towarzysząca tym stanom *facies hipocratica*. Na jednem z posiedzeń Tow. Pedj. w Paryżu (17 stycznia 1928) Esbach z Bourges przedstawiał przypadek wielkiego brzucha na tle *pithiatismu* dziewczynki 14-letniej, nerwowej, operowanej za porządkiem z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, zrostów w jamie brzusznej, zapalenia otrzewnej, t. j. z powodu tych wszystkich chorób, których nie miała. Wyleczenie nastąpiło po zastosowaniu psychoterapji.

Można było przypadek nasz wreszcie różniczkować z innym zespołem neurologicznym, mianowicie z astenją mięśni gładkich, czyli z t. zw. Lejastenją Loepera.

W zespole tym wszystkie narządy życia roślinnego są dotknięte astenją mięśni gładkich. Obniżonemu napięciu (tonus) żołądkowo-kiszkowemu towarzyszy więc obniżenie ciśnienia tętniczego. W przypadku naszym nie było równocześnie obniżenia ciśnienia tętniczego. Stałym objawem lejastenji jest zaparcie stolca a nie, jak w naszym przypadku, biegunka. Oprócz tego stygmatem zewnętrznym lejastenji jest rozszerzenie źrenic z powodu atonji mięśni gładkich, które kierują przeponą tęczówki i powodują powolną reakcję na bodziec nietylko nerwu współczulnego. Rozszerzenie źrenic stanowi stygmat zewnętrzny fundamentalny dla lejastenji.

Jeżeli możemy uznać w tych grubych zarysach zakreśloną djagnostykę różniczkową za wystarczającą dla naszego przypadku, to pod względem rokowania, świadomi trudności tego zagadnienia, mamy skłonność przychylać się w naszym przypadku raczej ku dobrej prognozie. Mimo długotrwałości cierpienia chory nasz nie wykazuje cech wyniszczenia; brak jakichkolwiek gorączkowych epizodów w tym długim stosunkowo okresie czasu świadczy o dobrych warunkach higjenicznych chorego a także o pewnej równowadze odpornościowej jego ustroju. Przykłady z piśmiennictwa wykazują dość znaczny procent stałego wyleczenia z wiekiem przypadków coeliakji. Przypadki śmiertelne, które dochodzą według Schaapa do 11%, mają swoją przyczynę najczęściej w powikłaniach zakaźnych „jelitowych lub pozajelitowych". Podobnie jak to ma miejsce w atrofji osesków, powikłania zakaźne przybierają postać czerwonki, czy zakażeń okrężnicą lub pneumokokiem. Nie możemy przewidzieć, w jaki sposób bronić się będzie ustrój naszego chorego przed zakażeniami wieku szkolnego, niewątpliwie jednak zastosowanie racjonalnej profilaksji infekcyjnej i jaknajpóźniejsze uspołecznienie dziecka winno być programem dla wskazań postępowania lekarskiego.

Uwaga lekarska winna być również utrzymana w kierunku objawów chorobowych z zakresu awitaminozy lub krzywicy. Chodzi mianowicie o to, aby nie przeoczyć zjawienia się t. zw. krzywicy późnej, która może się rozwinąć w ślad po przebytej coeliakji. Z prac Czernego i Kellera wynika, że „krzywicze zmiany kostne grożą najwięcej w tych okresach, w których ma miejsce silny wzrost szkieletu". Ponieważ okres coeliakji nie sprzyja wzrostowi szkieletu, ale przeciwnie hamuje wzrost kości, nie jest wykluczone, że to zahamowanie wzrostu kości powoduje stan t. zw. utajenia klinicznego krzywicy w czasie coeliakji. Dopiero w miarę leczenia coeliakji, w ślad za ponownym żywszym wzrostem szkieletu, powstają warunki do rozwoju krzywicy, która ze względu na wiek późny dziecka nosi nazwę krzywicy późnej. Tak sprawę tę stara się rozwiązać Lehmann w pracy swojej o stosunku krzywicy do coeliakji.

Jak z przedstawionych pokrótce i zróżniczkowanych djagnostycznie cech coeliakji wynika, najbardziej znamiennym objawem typowym tej choroby dziecięcej jest charakterystyczny powiększony „brzuch Herterowski". Stoi on w rażącym kontraście z ogólnem wychudnięciem. We wszystkich, nawet łagodnych, przypadkach coeliakji wielki brzuch jest nieodzownym objawem chorobowym, który nawet w rekonwalescencji najdłużej się utrzymuje.

Ponieważ wielki brzuch stanowi sensację przypadku, lekarz, mimo tajemniczości patogenezy i etjologji całego zespołu, pragnie znaleść jakąkolwiek koncepcję dla wytłómaczenia przyczyny tego jednego przynajmniej objawu chorobowego. I w tym kierunku mimo napotykanych trudności można znaleść pewne hipotezy, które zaspokoić mogą częściowo naszą imaginację. W przypadkach sekcyjnych albo w przypadkach laparotomji, spowodowanej przez mylne rozpoznanie gruźliczego zapalenia otrzewnej, nie stwierdzono nigdy w coeliakji ani guzów brzucha, ani treści płynnej, któreby tłumaczyły powiększenie brzucha. Miller, Taylor i inni stwierdzali natomiast obecność bogatych pokładów tłuszczu na sieci i na otrzewnej. Zdają się to być jednak naogół rzadko notowane stany na obdukcjach. Najprostszą przypuszczalną przyczyną powiększenia brzucha mogłoby być wypełnienie jelit przez nadmiernie wytwarzany gaz, lub przez zbyt obfitą treść kałową. Jednakowoż podczas gdy wypełnienie gazem, jak i wypełnienie obfitemi stolcami nie są objawami bezwzględnie stale się utrzymującymi, ale przeciwnie perjodycznie ustępującymi, to przeciwnie powiększenie brzucha nie znika, ale utrzymuje się stale. Herter przypuszcza, że po okresie wypełnienia brzucha nadmiernie wytworzonemi gazami, następuje okres porażenia kiszek, wskutek którego nawet przy skąpej produkcji gazów powstają warunki korzystniejsze dla nagromadzenia się gazów i następowo do powiększenia brzucha.

Tobler i Stoos doszukują się przyczyny wielkiego brzucha w nadmiernej długości krezki. W jednym przypadku znalazł Tobler na sekcji dziecka 2-letniego ślepą kiszkę przytwierdzoną do krezki 17 cm długiej, tak że *coecum* dawało się bez żadnej trud-

ności przenosić do lewego talerza biodrowego. Tobler przypuszcza, że kiszki zbytnio obciążone obfitym kałem, zawieszone na długiej krezce, mogą w skutku pod wpływem pionowej postawy ciała, utrzymanej przy chodzeniu dziecka, jeszcze bardziej wydłużać i tak długą krezkę. Powstaje rodzaj błędnego koła. Ciężkie kiszki wydłużają coraz bardziej krezkę i powodują obraz kliniczny pozornej puchliny brzusznej *(pseudoascites)*; z drugiej strony zatrzymuje się w obniżonych i atonicznych pętlach okrężnicy treść kiszkowa w nadmiernej ilości i nadmiernie długo i daje w ten sposób inicjatywę do procesów rozkładowych, które znowu szkodliwie działają na stan ogólny i na procesy przemiany materji.

Częstym objawem, towarzyszącym coeliakji, jest rozszerzenie okrężnicy mniejszego lub większego stopnia, które może nietylko nasuwać myśl o chorobie Hirschsprunga, ale które również może być jedną z przyczyn powiększenia brzucha.

Noeggerath zwraca uwagę w swojej pracy na istnienie pewnego podobieństwa w obrazie klinicznym między coeliakją a megacolon. Podobieństwo polega natem, że w obu chorobach przychodzi po dłuższym czasie do zahamowania wzrostu i rozwoju i w rezultacie choroba Hirschprunga produkuje, podobnie jak coeliakja, osobniki karzełkowate, z ogromnym brzuchem, na chudych nóżkach, dotkniętych często w jednakowym stopniu neuropatją... Także Schaap akcentuje daleko idące podobieństwo tych dwu stanów. Mimo podobnych szczegółów klinicznych, istnieją także, jak wyżej wykazano, wybitne różnice, które zmuszają nas bezwarunkowo do uznawania każdej z tych chorób za osobną jednostkę patologiczną. Znajomość kliniki obu zespołów chorobowych jest niezbędnie potrzebna dla należytej djagnostyki różniczkowej każdego z tych zespołów z osobna.

Odkrywca coeliakji Gee pisał w r. 1888: „Oglądanie gołem okiem zwłok nie prowadzi do wyjaśnienia natury coeliakji. Ani w żołądku, ani w kiszkach, ani w innych narządach przewodu pokarmowego nie znajdujemy przeważnie zmian odbiegających od normy". Także Gibbons podkreśla, że wnętrzności nie wykazały na sekcji zmian patologicznych. Poynton, Armstrong i Nabarro donoszą w r. 1923 o „pozytywnym" wyniku obdukcji: „Cały przewód pokarmowy, żołądek, jelita cienkie i grube wykazywały jakby zgrubienie ścian, przekrwienie śluzówki ze sterczącemi w jelicie grubem grudkami. Temu obrazowi odpowiadał mikroskopowo obraz nacieczenia śluzówki i podśluzówki żołądka i jelita cienkiego małemi komórkami okrągłemi; oprócz tego istniał lekki przerost tkanki łącznej, pojedyńcze wynaczynienia krwawe oraz zwyrodnienie tłuszczowe wątroby. Najważniejsza jednak zmiana tyczyła trzustki. Stwierdzało się mianowicie wybitne zwiększenie tkanki łącznej międzyzrazikowej, głównie około przewodów odprowadzających". Podobnie brzmi protokół sekcyjny Stilla: „Nacieczenie komórkami okrągłemi śluzówki żołądka i dwunastnicy, w trzustce zmiany, które pozwalają myśleć o postaci międzyzrazowego zapalenia trzustki". Protokóły sekcyjne innych autorów powtarzają się mniej więcej w treści, nie przyczyniając się jednak do wykrycia zmiany anatomicznej, którejby można było przypisać przypuszczalną przyczynę całego zespołu chorobowego.

Zmiany zanikowe i tłuszczowe gruczołów trawiennych, czy gruczołów wydzielania wewnętrznego, spotykane tak często w coeliakji na stole sekcyjnym, widzi się, jak wiadomo, także w przypadkach obdukcji zmarłych z wygłodzenia, w awitaminozie, w chorobie obrzękowej. Jak w doświadczeniu na zwierzęciu głodzonem sekcja wykazuje przedewszystkiem znaczne zmiany pośmiertne w trzustce podobnie i w coeliakji ten narząd podlega szczególnie częstym i wybitnym uszkodzeniom anatomo-patologicznym.

Istniejące nieliczne w piśmiennictwie badania przemiany materji w coeliakji stwierdzają, że woda, tłuszcze, węglowodany, białko i wszystkie sole podlegają niedostatecznej resorbcji w przewodzie pokarmowym. Wskutek upośledzonej resorbcji przychodzi do demineralizacji całego ustroju, a ta powoduje w skutku obniżenie poziomu fosforu, białka i wapnia we krwi, jak wynika z badań Fanconi'ego. Nieliczne protokóły podstawowego badania przemiany materji zapomocą przyrządu Krogha nie donoszą o istnieniu wahań patologicznych.

Jak z monografji z r. 1927 Lehndorffa i Mautnera wynika, autorowie, którzy obserwowali przypadki coeliakji nie są zgodni co do zasad leczenia tej choroby. Podczas gdy jedni wypowiadają się za potrzebą stosowania djety ochronnej, inni przeciwnie polecają leczenie pobudzające (Schick i Wagner); jedni uważają mleko za bardzo szkodliwe, inni (Sauer) przepisują prawie wyłącznie mleczną djetę. Miller wykreśla z owoców banany, przeciwnie Haas podaje do 16 bananów dziennie jako główny środek odżywczy. W rezultacie Lehndorf i Mautner oświadczają, że „leczenie coeliakji stanowi smutny rozdział bo nie znamy ani żadnego leku, ani żadnej djety, którejby można choć w przybliżeniu przypisać działanie lecznicze w tym procesie chorobowym". Niemniej należy stwierdzić, że ostatnie lata przynoszą szereg wzmianek o niezwykle skutecznych wynikach leczenia w Ameryce, w Niemczech i w Szwajcarji. Nowy kierunek leczenia stara się główną wagę przypisać niestosowanej przedtem djecie owocowej.

Jednym z twórców tej nowej kuchni jarzynowo-owocowej jest Feer z Zurichu, który aplikując tę djetę w zaburzeniach odżywczych dzieci, zastosował ją także do pacjentów Herterowskich.

Zdaniem Fanconi'ego (asystenta Feera) zawierają jarzyny i owoce oprócz czynnika C, inne nieznane dotąd składniki uzupełniające odżywianie i pobudzające wzrost. Hart, Steenbock i inni autorowie wywoływali u młodych królików anemję i zahamowanie wzrostu, które nie ustępowało ani na skutek żelaza, ani na skutek naświetlania. Dopiero przez podanie świeżej kapusty albo chlorofilu wolnego od żelaza udawało im się usunąć anemję; wolny od żelaza chlorofil (Willstättera) nie posiada ani czynnika A, ani B, ani C, ani D. Także A. F. Hess opisał przypadek w którym mimo zrównoważonego pod względem witamin ilościowo i jakościowo pożywienia, przybytek na wadze następował dopiero po podaniu dwóch do trzech łyżeczek szpinaku. Podobny skutek obserwowano po podawaniu pomarańcz (Nervell, Miller).

Z owoców poleca Fanconi: pomarańcze, sok cytrynowy z węglanem wapnia dla neutralizacji, sok z borówek, malin, winogron i t. p. w ilościach od 50 do 300 cm^3. Oprócz tego banany, skrobane jabłka, gruszki i t. p. Jarzynę podaje w postaci purée (szpinak, kapustę, kalafior, pomidory, marchew, kartofle i t. p.). Autor unika podawania cukru trzcinowego i mącznych potraw, które podtrzymują fermentację i przez to powodują biegunkę. Pokrycie białka i tłuszczu w djecie wegetarjańskiej uskutecznia Fanconi przez podawanie tartych orzechów, migdałów i t. p., a oprócz tego przez stosowanie mleka białkowego, wątroby albo mięsa, twarogu, sera albo suchego mleka (alipogal).

Autor przestrzega, aby z okazji przemijających stanów pogorszenia trawienia z brakiem apetytu nie kwapić się ze zbyt długiem poszczeniem, ale zadawalać się raczej jednodniowym dniem głodowym.

Leczenie Feera i Fanconi'ego jest mimo wszystko empiryczne i jak długo ciemności otaczające patogenezę i patologję coeliakji nie zostaną naukowo wyjaśnione, tak długo i leczenie tej choroby pozostawać będzie eklektycznem pod względem wyboru i wolne od jakichkolwiek tendencyj grożących schematyzmem.

Stransky w pracy swojej o coeliakji (1929) nie podziela również jednostronnych poglądów Feera i Fanconi'ego i wypowiada się za liberalnem, indywidualnem traktowaniem leczenia w każdym poszczególnym przypadku coeliakji.

Opisany powyżej przypadek przedstawiliśmy w Warsz. Tow. Lek. dnia 2. X. 1928 i na posiedzeniu klinicznem Pol. Tow. Pedjatrycznego dnia 6. XI. 1929. Stanowi on, o ile nam wiadomo, pierwszy tego rodzaju przypadek w piśmiennictwie polskiem. Dotyka on poruszanego już przez nas w prasie lekarskiej zagadnienia infantylizmu t. j. niedokształcenia się ustroju.

Dnia 6. XII. 1927 na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. dnia 4. I. 1928 na posiedzeniu klinicznem Pol. Tow. Pedjatrycznego demonstrowaliśmy i omawialiśmy przypadek dotyczący chłopca 4-letniego z marskością wątroby, który w zespole objawów przedstawiał także wybitne zahamowanie wzrostu — 85 cm (zam. 98 cm) i wagi — 12,800 kg (zam. 16,200 kg), czyli t. zw. *infantilismus hepaticus*.

Przypadki zahamowania rozwoju, które towarzyszą równoczesnemu schorzeniu wątroby, obserwowali liczni autorowie, jak Tissier, Gilbert, Fournier, Osler, Falta, Rienböck, Quadri, Pfaundler. Wr. 1901 Lereboullet wprowadził na określenie tego spostrzeżenia nazwę *infantilismus hepaticus*. Sprawa ta wkracza w zagadnienie roli endokrynalnej wątroby. Pod wpływem choroby tego narządu zarysowuje się czasem wypadnięcie tej jego endokrynalnej funkcji.

Na posiedzeniu klinicznem Pol. Tow. Pedjatr. dnia 6. XI. 1929 demonstrowałem i omawiałem przypadek infantylizmu nerkowego u chłopca 9-letniego. Chory wykazywał przewlekłe, krwotoczne zapalenie nerek ze względną kompensacją, z suchą retencją chloru, z acidozą, bez azotemji i równoczesny *infantilismus*, którego wyrazem było znaczne zahamowanie wzrostu — 110 cm (zam. 128 cm) i wagi — 17,700 kg (zamiast 29,000 kg).

Pojęcie zespołu *infantilismus renalis* wprowadzone zostało do literatury w Ameryce przez Hilla i Hunta, w Anglji przez Scott Eastona. Przewlekłe schorzenie nerkowe powoduje w skutku wypadnięcie lub zahamowanie roli endokrynalnej, jaka przypada nerce.

O ile pojęcia *infantilismus hepaticus* lub *renalis* przesądzają schorzenie narządu wątroby lub nerek, o tyle t. zw. *infantilismus intestinalis*, jakkolwiek od Hertera w r. 1908 w literaturze powszechnie przyjęty jako synonim coeliakji, nie przesądza bynajmniej, że w chorobie tej zachodzi schorzenie anatomo-patologiczne w kiszkach. Istnieją objawy kiszkowe i trawienne, ale, jak wiadomo, istoty schorzenia pod względem anatomicznym nie znamy, i to, co jedni uważają za symptom kiszkowy, wolno innym uznawać za objaw trzustkowy. Stąd także pochodzi, że niektórzy autorowie posługując się pojęciem *infantilismus* dodają jako przymiotnik nie *intestinalis*, ale *infantilismus pancreaticus*, albo *infantilismus digestivus*, a więc mówią o niedokształceniu trzustkowem, albo ogólnie trawiennem.

Piśmiennictwo.

Comby J.: Arch. de Méd. des Enfts. t. 21, Nr. 3. 1918. — Comby J.: Arch. de Méd. des Enfts. t. 21, Nr. 11. 1918. — Comby J.: Arch. de Méd. des Enfts. t. 27, 1924, p. 553. — Czerny u. Keller: Des Kindes Ernährung. Leipzig-Wien. t. Deutike. 1925. — Esbach: Soc. de Péd. Séance du 17 Janv. 1928. — Fanconi: Der intestinale Infantilismus u. ähnliche Formen der chron. Verdauungsstörung. Berlin. S. Karger. 1928. — Freise u. Jahr: Jhrb. f. Kindh. B. 110, 1927, S. 205. — Gee: S. Bartholomew's Hosp. Rep. t. 24. 1888. S. 17. — Herter: On infantilism from chronic intestinal infection. New York. The Macmillan Comp. 1908. — Heubner: Jahrb. f. Kindh. B. 70. 1909. S. 667. — Kundratitz: Jhrb. f. Kindh. B. 116. 1927. S. 310. — Lehmann: Monatsschft. f. Kinderheilk. Bd. 20. S. 124. 1925. — Lehndorff u. Mautner: Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. B. 31. 1927. S. 456. — Loeper i Baumann: Presse Méd. Nr. 77. 1929. p. 1165. — Mikułowski: Polska Gaz. Lek. Nr. 10, 1929. — Mikułowski: Monatschft. f. Kindh. B. 43. 1929. S. 21. — Mikułowski: Pamiętn. Tow. Lek. Warsz. t. CXXIII. 1929. — Miller: Lancet. 1920. V. 199. S. 1166. — Miller: Brit. Jour. of childr. dis. V. 18. S. 11. 1921. — Noeggerath: Zeitschft. f. ärzt. Fortbild. Bd. 19. S. 589. 1924. — Poynton, Armstrong, Nabarro: Brit. Journ. of childr. dis. 1914. Vol. II. S. 145—193. — Poynton u. Paterson: Lancet. t. 186. S. 1533. 1914. — Poynton u. Paterson: Lancet. t. 200. S. 826. 1921. — Reuben: Arch. of Ped. t. 45. 1928. S. 498. — Rohmer: Strasbourg Méd. t. 85. 1927. p. 361. — Rohmer: Rev. Fr. de Péd. t. 5. 1929. p. 293. Schaap: Arch. des mal. de l'app. digest. t. 16. p. 914. 1926. — Schick u. Wagner: Zeitschft. f. Kindh. t. 30. 1921. S. 223. t. 35. 1923. S. 263. — Steinen: v. d.: Arch. f. Kindh. t. 84. 1928. S. 144. — Still: Lancet. t. 96. S. 163, 193, 227. 1918. — Stransky: Rev. Fr. de Péd. t. V. Nr. 5. 1929, p. 587. — Taylor: Americ. jour. of dis. childr. V. 25. S. 46. 1923. — Tobler: Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 80. S. 288. 1904.

J. CELAREK. Warszawa.

W sprawie odczynnika i odczynu Schick'a.

(Doniesienie tymczasowe)

Do wykonywania odczynu Schick'a używa się, jak wiadomo, toksyny błoniczej w odpowiedniej dawce. Jesteśmy zmuszeni wykonywać odczyn zapomocą toksyny rozcieńczonej (zwykle solą fizjologiczną), albowiem dawka toksyny, którą zastrzykujemy doskórnie, wynosi zaledwie 1/40—1/50 najmniejszej dawki śmiertelnej (MLD) dla świnki morskiej, która to dawka zawarta jest zwykle w 0,04 cm^3 toksyny, używanej do sporządzania odczynnika. Chcąc użyć toksyny nierozcieńczonej, musielibyśmy wstrzyknąć 1/1000 cm^3. Jest wprost niepodobieństwem wstrzyknąć tak małą dawkę toksyny błoniczej bez grubych omyłek. Aby uniknąć przymusu rozcieńczania, moglibyśmy użyć słabych toksyn, ale wtedy swoistość odczynu byłaby wątpliwą, bo wprowadzilibyśmy stosunkowo dużo ubocznych składników.

Ze względu na to, że różni badacze utrzymywali, jakoby roztwory toksyny błoniczej w soli fizjologicznej ulegały szybkiemu osłabieniu, zaleca się dotąd przyrządzać odczynnik Schick'a w ten sposób, że do kompletu odczynnika należy toksyna błonicza nierozcieńczona w odpowiedniej ilości (np. kapilara zawierająca 0,1 cm^3 toksyny) i flakonik z odpowiednią ilością soli fizjologicznej. Rozcieńczanie t. j. wpuszczenie toksyny do soli odbywa się przed wykonaniem odczynu. Do kompletu należy jeszcze toksyna ogrzana przez 10 minut do 70° C i odpowiedni flakonik soli fizjologicznej, z których przyrządza się t. zw. kontrolę.

Ten sposób przyrządzania odczynnika jest wysoce niedogodny, jeśli chodzi o wykonywanie odczynu przez lekarza w praktyce prywatnej, a nawet publicznej. O wiele lepiej byłoby gdyby lekarz wykonujący odczyn otrzymał gotowy odczynnik, bo wtedy pozbyłby się kłopotów przyrządzania, a przez to uniknąłby błędów, które mogą zajść przy rozcieńczaniu toksyny.

Niedogodnościom, wynikającym z powodów wyżej przytoczonych, starano się zapobiec na różne sposoby, których tu nie będę przytaczał, jednak bez większego rezultatu. W ostatnich czasach zjawiła się praca Jessie E. Dow (Jour. Immun. Vol. XVII. Nr. 3. r. 1929), która miała na celu zbadanie, jak zachowuje się toksyna błonicza w rozcieńczeniach, w zastosowaniu do przyrządzania odczynnika Schick'a. Autorka przeprowadziła badania na świnkach morskich. Badaniu podlegały toksyny rozcieńczone solą fizjologiczną z dodatkiem 0,5% fenolu.

Z badań tych wynika: 1) że toksyny błonicze, świeżo przyrządzone i nierozcieńczone, zachowują się podobnie jak rozcieńczenia tych toksyn 1:10—1:100, a nawet 1:500, jeśli chodzi o spadek toksyczności i dojście do stanu stałości, 2) że toksyny rozcieńczone 1:100 ustabilizowane nie są tak wytrzymałe na różne szkodliwe czynniki jak toksyny nierozcieńczone.

Moje badania, które rozpocząłem opierając się na wyżej przytoczonej pracy, miały również cel praktyczny, a mianowicie, czy rozcieńczeń toksyny błoniczej w soli fizjologicznej z dodatkiem 0,5% fenolu można używać do sporządzania odczynnika Schick'a. Badania przeprowadzałem na osobach wrażliwych na toksynę błoniczą (Schick dodatni), wykonując odczyny co pewien czas za pomocą odczynnika, przyrządzonego jednorazowo i przechowywanego w ciepłocie pokojowej, bez dostępu światła, we flakonikach zaopatrzonych kapslą gumową. W celach kontrolnych wykonywałem równocześnie odczyn Schick'a za pomocą odczynnika, każdorazowo świeżo przyrządzonego.

Dotychczasowe wyniki badań, przeprowadzone na szeregu osób, wykazują, że odczynnik Schick'a przyrządzony w dn. 2 stycznia 1930 r. (odpowiednia ilość ustabilizowanej toksyny błoniczej, rozpuszczona w soli fizjologicznej z dodatkiem 0.5% fenolu), zachowywał się tak samo przez 18 dni przy wykonywaniu odczynów u dzieci wrażliwych (Schick dodatni), jak każdorazowo świeżo przyrządzone odczynniki.

To uprawnia mnie do zaproponowania zmiany przyrządzania odczynnika Schick'a, jeśli chodzi o jego wysyłkę do rąk lekarzy, którzy nie zawsze mają czas i cierpliwość po temu, by mogli sami wykonywać rozcieńczenia. Choćby tylko odczynnik Schick'a przyrządzony w sposób wyżej podany zachował swą zdolność dawania prawdziwych rezultatów przez 10 do 14 dni, to już ten okres wystarczy, by można go zamówić i sprowadzić w odpowiednim czasie.

Na zakończenie tych uwag należy jeszcze zaznaczyć, że wynik odczynu Schick'a i ocena jego zależy w bardzo znacznym stopniu od dokładnego przeprowadzenia. Igły powinny być ostre i możliwie cienkie, tłok strzykawki musi być szczelny, strzykawka nie powinna przepuszczać płynu przy nasadzie igły (szczelne osadzenie igły) i t. p. Powinno się rzeczywiście wstrzyknąć płyn doskórnie, aby powstał biały bąbel. W razie możliwości dostania się płynu podskórnie należy raczej zastrzyk powtórzyć. Ilość płynu wstrzykniętego musi być dokładnie odmierzona, a więc należy używać strzykawek najwyżej 1 cm^3. Niektórzy polecają przyrządzenie odczynnika w ten sposób, że wstrzykuje się 0,2 cm^3 — nie jest to jednak wskazane i lepiej używać takiego odczynnika, który jest wymiareczkowany na 0,1 cm^3 płynu, bo wtedy uraz mechaniczny jest mniejszy.

SPRAWOZDANIE POGLĄDOWE.

Dr. Jerzy JASIEŃSKI. Kraków.

Obecny stan leczenia gruźlicy kości i stawów we Francji.

Z kliniki chirurgicznej U. J. w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. M. Rutkowski.

W pracy nad leczeniem gruźlicy Francja zajmuje niewątpliwie miejsce przodujące. Kraj, który szczyci się odkryciem bezkonkurencyjnego dotąd (bez względu na to, co myślanoby o jego wartości) środka uodporniającego przeciw gruźlicy (B. C. G. Calmetta) i nie szczędzi wysiłków nad ugruntowaniem podstaw tego uodpornienia, udoskonaleniem techniki stosowania i t. d., ma też podobne ambicje co do leczenia gruźlicy i usilnie poszukuje właściwej drogi, najlepiej prowadzącej do celu. Pracują nad tem z niesłabnącem zainteresowaniem, każda na swój sposób — pracownia i klinika. Co cechuje szczególnie umysł francuski — to zapał, z jakim się tu przyjmuje każdą niemal nową metodę, dość duży krytycyzm, bez cienia jednak uprzedzenia i pesymizmu, nie

zrażanie się ciągłemi zawodami, lecz przeciwnie — wiara w to, że po zawodach przyjdą powodzenia, że muszą się znaleść lepsze sposoby leczenia gruźlicy niż te, jakie posiadamy dotychczas. Nadzieja na odkrycie idealnego sposobu leczenia tych schorzeń wydaje się zupełnie naturalną. Trudno jednak przewidzieć zgóry, czy będzie nim jakiś preparat chemiczny, biologiczny, nowe czynniki fizykalne, skierowane przeciw prątkom, czy też wytwarzanie nowego użytecznego stawu po usunięciu chorego lub inny sposób leczenia operacyjnego. Wszystkie te drogi stoją nadal otworem dla dalszych badań. Sceptycyzm zaś i bezlitosne osądzanie wielu dotychczasowych nieszczęśliwych prób leczenia były przeciwne nauce, gdyż zniechęcają tylko badaczy. Stąd też żadna z coraz to nowych polecanych metod nie wydaje się zgóry zbyt fantastyczną lub wprost niedorzeczną, lecz przechodzi okres próby klinicznej w nadziei, że może to ona będzie rozwiązaniem problematu leczenia gruźlicy, a w razie zawodów, że może tylko w tym celu należy zmienić wskazania lecznicze i technikę postępowania. Właściwy sąd bowiem o każdej metodzie dać może tylko jej rozsądne stosowanie w klinice i próba czasu.

Leczenie gruźlicy kości i stawów ma już we Francji całą historję, podobną zresztą do historji innych krajów, z tą może różnicą, że zmienność poglądów — powrót do postępowania, jakie przez pewien czas usilnie zwalczano, zaznacza się tu najwybitniej. Przed czterdziestu kilku laty pierwszy zjazd chirurgów francuskich przyjął wnioski Trélata, że należy usuwać operacyjnie każde niemal ognisko kostne, wyciąć każdy ropień gruźliczy i jego ściany. W 25 lat później na innym zjeździe mówił Calot, że operować gruźlicę kości i stawów mogą tylko ci, co nie mają oczu, że chirurgja w tych przypadkach poszła błędną drogą, gdyż są one uleczalne bez operacji przy postępowaniu zachowawczem i że na frontonach wszystkich szpitali winny być wyryte dwa następujące napisy: „W przypadkach gruźlicy zamkniętej otrzymuje się pewne wyleczenie; otworzyć ognisko gruźlicze — znaczy uchylić wrota dla śmierci". „Gruźlica nie lubi noża, który rzadko tylko sprowadza wyleczenie, często pogarsza sprawę, i zawsze pociąga za sobą kalectwo". Opinja ta, a wraz z nią wyłącznie zachowawcze leczenie gruźlicy stawowo-kostnej nie na długo jednak zyskały prawo obywatelstwa. Na podstawie bowiem doświadczenia największej, i, według ogólnej opinji, najlepszej na świecie morskiej stacji klimatycznej w Berck rozpoczęło się bankructwo wiary w skuteczność leczenia zachowawczego i wygłoszono na nowo po raz pierwszy zdanie, że u osób dorosłych cierpienie tą drogą jest właściwie nieuleczalne.

Jakkolwiek brzmi to dość paradoksalnie ze względu na znaną skłonność procesu gruźliczego do samowyleczenia, o ile ustrój znajdzie się w dobrych warunkach ogólnych, a zabiegi ortopedyczne usuną wszystkie czynniki, wpływające na pogorszenie się procesu, to jednak zarówno liczne obserwacje, jak i preparaty sekcyjne wymownie dowodzą, że wyleczeniu klinicznemu w wieku dojrzałym przeważnie nie odpowiada całkowite wyleczenie anatomiczne, że w większości przypadków długotrwałe podobne postępowanie prowadzi tylko do czasowego zaleczenia procesu, nie chroniącego przed nawrotami miejscowemi i ostatecznem leczeniem operacyjnem. W muzeum szpitala morskiego w Berck znajduje się 40 kręgosłupów, dotkniętych gruźliczą próchnicą kręgów i setki preparatów stawów kończyn, które przekonają o tem każdego, kto miałby pod tym względem pewne wątpliwości.

Napróżno też dziś jeszcze Calot przy każdej sposobności rozdziera szaty, wydaje okrzyki protestu, przestrzega i ostrzega z obowiązku przed wielkiem złem, jakie bezpowrotnie sprowadza „resekomanja", zaleca politykę pacyfistyczną i sypie nadal swemi oklepanemi aforyzmami — komunałami; głos jego pozostaje we Francji niemal bez echa i zasadniczą linję wytyczną w leczeniu gruźlicy kostno-stawowej u dorosłych stanowi od lat leczenie operacyjne jako reguła, dopuszczająca tylko pewne wyjątki na korzyść leczenia wyłącznie zachowawczego. Zaznacza się to coraz wybitniej w ostatnich czasach. Wielu chirurgów wierzy, że ostatnie słowo w tej sprawie wypowie pracownia, wobec stałych jednak zawodów, otrzymywanych również przy pomocy coraz to nowych polecanych środków mniej lub bardziej „swoistych" nie pozostaje bezczynnie, lecz szuka właściwego rozwiązania problematu drogą operacyjną. Przy dzisiejszym bowiem stanie wiedzy wszyscy niemal przyznają, że najlepszym sposobem leczenia jest wycięcie chorego stawu i zadawalniają się nim do czasu.

Bezskuteczne szukanie nowych dróg daje zresztą wyraz pewnemu zniecierpliwieniu. Coraz to częściej odzywają się głosy, że sprawa leczenia gruźlicy kostno-stawowej doszła już do okresu, w którym należałoby znaleść ścisłe wskazania do odpowiedniego postępowania w poszczególnych przypadkach. Czas już bowiem zarzucić metodę dziwnie skombinowaną, polegającą na początkowem stosowaniu helioterapji i zabiegów ortopedycznych, a ostatecznem wycięciu stawów; zabieg nie powinien następować po daremnych próbach leczenia zachowawczego, jak się to niejednokrotnie jeszcze zdarza, lecz posiadać swe ścisłe wskazania innego rodzaju. Nie może też być uważany za jedyne pod tym względem kryterjum wiek chorych: stosowanie leczenia zachowawczego u osobników młodych, operacyjnego zaś u dorosłych i starych. Operowano bowiem już wielu chorych, leczonych zachowawczo w ciągu wielu lat w szpitalach i sanatorjach morskich lub górskich zapomocą unieruchomienia kończyny i naświetlań słonecznych. Chorzy ci opuszczali nawet zakłady z pewną ruchomością stawu i zaliczani byli w odnośnych statystykach do wyleczonych; w rzeczywistości jednak przy każdej próbie regularnej pracy występowało pogorszenie; wielu z nich domagało się zabiegu operacyjnego, po którym następowało szybkie i trwałe wyleczenie i żałowało lat uprzednio straconych.

Jednym z czynników leczenia miejscowego przy postępowaniu zachowawczem było stosowane dawniej na szeroką skalę wstrzykiwanie różnych płynów przeciwgnilnych do jam stawowych i ropni gruźliczych. Straciło ono jednak w ostatnich czasach z różnych względów niemal zupełnie zwolenników. Niezwykła częstość przy gruźlicy stawów ognisk kostnych, przeważnie nie komunikujących bezpośrednio ze stawem, nasuwa zawsze poważne wątpliwości, czy wstrzyknięty płyn dosięgnie ogniska gruźliczego. Gdyby zaś jednak nawet to nastąpić mogło, nie sposób uwierzyć, aby kilka mg. jodoformu lub innego środka przeciwgnilnego okazało pomyślny wpływ na dalszy przebieg procesu gruźliczego; doświadczenie wykazało bowiem, jak opornie zachowują się na tego rodzaju leczenie miejscowe sprawy gruźlicze powierzchowne, łatwo zzewnątrz dostępne. Zresztą leczenie powierzchownych ropni zimnych zapomocą wielokrotnie powtarzanych nakłuć i wstrzykiwania do ich wnętrza pewnych płynów — często, jeśli nie z reguły, prowadzi do powstawania przetok, co niektórzy uważają za główną zasługę tych właśnie płynów. To też Sorrel uważa za dozwolone jedynie jednorazowe wstrzyknięcie w pewnych przypadkach w celach rozpoznawczych przed zdjęciem roentgenowskim do jamy ropnia lub przetoki — oliwy jodowej dla wykazania w ten sposób pochodzenia ropnia.

Leczenie zachowawcze pozostać musi nadal jednym ze sposobów leczniczych z tego względu, że szereg postaci gruźlicy kostnej jest niedostępnych dla leczenia operacyjnego. Mówiąc o leczeniu zachowawczem niesposób zresztą nie wspomnieć o tem, że obok wyników kwestjonowaną jest również sama jego nazwa, choć oddawna zyskała prawo obywatelstwa we wszystkich krajach. Zdaniem Vignarda definicja zachowawczego leczenia gruźlicy, przeciwstawiana jej leczeniu chirurgicznemu, w rzeczywistości nie jest naukowo słuszną i niejednokrotnie bywa interpretowaną błędnie. Jeśli leczenie zachowawcze obejmuje zespół środków stosowanych dla wyleczenia gruźliczych schorzeń kostno-stawowych bez zabiegu krwawego, to przecież okazuje ono tylko pośredni — bierny wpływ na staw chory, nie jest zaś w stanie doszczętnie usunąć zmian w nim powstałych, ani zapobiec postępowaniu sprawy. Oparte na obserwacji, w wielu przypadkach słusznej, że proces z natury swej skłonny jest do samowyleczenia, dąży ono do podniesienia ogólnego stanu chorego, wzmocnienia sił ustroju dla walki z chorobą, do usunięcia na czas pewien szkodliwych czynników miejscowych, wpływających na postępowanie sprawy, jako to: ruchomości stawu, obciążenia jakiemu podlegają nasady kości chorych naskutek wzajemnego ich ucisku pod wpływem ciężaru ciała, zapobiegać ma wreszcie powiększaniu się i przebiciu nazewnątrz zimnych ropni. Proces postępuje jednak dalej w czasie leczenia zachowawczego i, zanim się ostatecznie uspokoi, wyrządzić może wielkie szkody, wywołując niejednokrotnie znaczne zmiany w nasadach i całkowite zniszczenie stawu. Jakże więc ironiczną bywa wobec rzeczywistości w podobnych przypadkach dobrotliwie brzmiąca nazwa leczenia zachowawczego, które niczego nie zachowało, lecz pozwoliło na rozegranie się zniszczenia, jakie porównaćby można jedynie z wywołanem przez najrozleglejszy zabieg operacyjny. Postępowanie to, przekazujące dalszy rozwój sprawy leczniczym siłom natury i mające na celu głównie zapobieganie pewnym powikłaniom, znacznie racjonalniej możnaby nazwać ortopedycznem lub wyczekującem, niż zachowawczem. Nazwy te nie mieszczą bowiem w sobie pewnej obietnicy, wobec której przeciwstawiane im leczenie operacyjne niesłusznie nasuwa na myśl pojęcie zniszczenia. W praktyce zaś niejeden przypadek leczony „zachowawczo" kończy się odjęciem kończyny, wiele zaś zabiegów chirurgicznych pozwala na utrzymanie czynności i sprawności stawu, okazuje się więc zachowawczemi. Wobec dobrze znanych bynajmniej nie wyjątkowych zawodów leczenia zachowawczego jest to zresztą tylko teoretyczny spór o słowa

Faktem jest jednak, że okres zachowawczego leczenia gruźlicy stawowo-kostnej nie przeszedł bez śladów nie tylko ze względu na niemożność techniczną wykonania zabiegu operacyjnego w pewnych kategorjach przypadków. Uświadomiono sobie na zawsze konieczność dobrego leczenia ogólnego, jako nieodzownego warunku dla wyleczenia każdego przypadku ze względu na sam charakter choroby. Nie można bowiem nigdy zapominać o tem, że gruźlicze ognisko kostne lub stawowe jest tylko wyrazem ogólnego schorzenia ustroju, jego powikłaniem miejscowem i, choćby nawet było tylko jedynym przejawem choroby, sprawą pozornie miejscową, ograniczona, zakażenie przenikło do ustroju przez drogi oddechowe lub pokarmowe i wywołało uprzednio już zmiany w gruczołach około-oskrzelowych lub kreskowych, a częstokroć i w płucach. Można się wprawdzie spodziewać, że skoro klinicznie mamy do czynienia ze ściśle ograniczonym procesem chorobowym, jest to dowodem, że osobnik przeszedł obronną ręką okres zakażenia ogólnego, zwalczył je, a i ognisko pierwotne ulec mogło w międzyczasie wyleczeniu. Stanu jednak takiego ukrytego ogniska, możliwości postępowania sprawy, powstawania nowych ognisk o rokowaniu poważnem, a nawet groźnych dla życia, nigdy przewidzieć ani wykluczyć się nie da — i oto dlaczego leczenie ogólne powinno odgrywać pierwszorzędną rolę we wszystkich przypadkach gruźlicy kostno-stawowej. Podnosząc bowiem stan ogólny chorego — wzmacnia organizm i jego środki obronne do walki z zakażeniem, ulecza chorobę i usuwa groźbę powstawania w przyszłości nowych jej ognisk.

Leczenie ogólne wymaga, aby chory znalazł się w jak najlepszych warunkach higienicznych i miał pod dostatkiem świeżego powietrza i słońca. Helioterapję właściwie stosować wszędzie, gdyż wartość lecznicza samych promieni słonecznych niewiele różni się w zależności od miejsca w którem się chory znajduje. Koniecznym warunkiem jest tylko, aby powietrze było czystem i nie zawierało kurzu, który tworzy rodzaj ekranu, zatrzymującego część promieni słonecznych. Z drugiej zaś strony najlepsze warunki dla naświetlań istnieją tam, gdzie jest najwięcej słońca, gdzie jest ono stale. Obok naświetlań słonecznych ważną rolę odgrywa leczenie klimatyczne — obydwa te czynniki wiążą się ze sobą nierozłącznie. Ze zrozumiałych przyczyn etnograficznych jedne kraje widzą pod tym względem przewagę gór, inne — a pośród nich w pierwszym rzędzie Francja — wybrzeża morskiego. O przewadze leczenia morskiego nad górskiem zawyrokował już na podstawie odpowiednich badań i statystyk w latach 1912 i 1914 międzynarodowy kongres w Rzymie i w Cannes, w którym brali udział wybitni fizycy, meteorolodzy, biolodzy, patolodzy i klinicyści. Klimat morski jest niemal nie do zastąpienia w przypadkach gruźlicy stawowo-kostnej i jedynie przeciwwskazany jest dla chorych z równoczesnym czynnym procesem płucnym. Jest on bardziej umiarkowany, łagodny, równy, niż klimat górski: powierzchnia wody ma być niezwykłym reflektorem i naturalnym kondensatorem promieni pozafiołkowych widma słonecznego, a dobroczynny wpływ wywierają na chorych pozatem emanacje soli i jodu, zawarte w atmosferze. Pobyt nad morzem sprzyja przemianie materji i wentylacji płuc, żywszemu krążeniu, pobudza fagocytozę. cały organizm znajduje się w lepszych warunkach dla walki z chorobą i może wyjść z niej zwycięsko. Konieczne jest jednak całodzienne przebywanie na powietrzu, systematyczne stosowanie naświetlań słonecznych i obfite odżywianie w ciągu wielu lat. Odrębnym nieco pod tym względem jest pogląd O m b r e d a n n a. Zdaniem tego autora w leczeniu morskiem najkorzystniej działa, prowadząc do poprawy stanu ogólnego, wstrząs, jaki ten klimat wywiera na ustrój dziecka. Stąd pobyt nad morzem nie musi być bardzo długi i wyjazd dwa razy do roku na przeciąg miesiąca może się okazać bardziej korzystnym, niż przebywanie tam bez przerwy w ciągu kilku lat, jeśli w międzyczasie dziecko może być umieszczone na wsi.

Leczenie klimatyczne bywa jednak w większości przypadków ideałem nie do osiągnięcia; dostępnem jest ono jedynie dla klasy zamożnej, która posiada dość znaczne środki materjalne na podobne leczenie i dla tych szczęśliwych wybrańców losu, którzy zostaną wysłani na koszt państwa. Przeważnie zaś ogólne leczenie chorego odbywać się musi w warunkach znacznie mniej pomyślnych. To też jeden zwłaszcza z najważniejszych czynników tego leczenia — naświetlania słoneczne zyskały prawo obywatelstwa i rozpowszechnienie tak znaczne, lekarza, którymby ich nie stosował w leczeniu gruźlicy kostno-stawowej, nazwanoby dziś ignorantem.

Helioterapja, znana we Francji pod nazwą metody Ponceta, należy do metod. o których jest niesłychanie trudno wydać sąd właściwy, jeśli chodzi o ostateczny miejscowy wynik leczenia; stąd jedni wyrażają się o niej niemal entuzjastycznie, inni — oceniają ją może zbyt surowo. Trudno jest zwłaszcza retrospektywnie rozstrzygnąć, czy we wszystkich przytoczonych w poszczególnych statystykach przypadkach rzeczywiście toczył się w stawie proces gruźliczy. Niewątpliwie też obok szczęśliwych wyników otrzymano wiele zawodów i wyleczeń niecałkowitych. Pozatem wyleczenie wielu przypadków nie zawsze jest stałem i pewnem; bywa ono i pozornem, skoro często powtarza się zdanie, że gruźlica stawu dorosłego przeważnie jest dalszym ciągiem lub nawrotem miejscowym tego cierpienia dziecka czy młodzieńca. To też pierwotny entuzjazm, z jakim przyjętą została helioterapja, zmalał z czasem. Dosadnie przedstawia to S o r r e l. „Słysząc jeszcze obecnie wielu lekarzy, śpiewających hymn słońcu, miałoby się ochotę uwierzyć, że same jego promienie wystarczają, aby zapewnić wyleczenie wszystkich postaci gruźlicy stawowo-kostnej. Niestety tak nie jest i, mogę twierdzić z całą znajomością rzeczy, że powietrze morskie i słońce, jako środki pomocnicze, pozwalają wprawdzie na otrzymanie lepszych wyników w leczeniu gruźlicy chirurgicznej, niż je osiągnięto w szpitalach paryskich, bynajmniej jednak nie wystarczają do wyleczenia i w większości tych schorzeń prawdziwe nieodzowne leczenie stanowi zabieg chirurgiczny". Nawet więc chory, umieszczony w najlepszych warunkach higienicznych, przy długotrwałem leczeniu słoneczno-morskiem, nie ulegnie szybko wyleczeniu; warunki te jednak dają mu maksimum szans dla powrotu do zdrowia i wyleczenie jest bardziej pewnem. Schorzenia, które w warunkach zwykłych przebiegałyby być może ciężko, mają przebieg łagodny i dają lepszy wynik ortopedyczny. Większość lekarzy stacji klimatycznych widzi w naświetlaniach słonecznych jedynie dobry środek pomocniczy dla leczenia chirurgicznego. „Jeśli po 1—2 miesięcznem naświetlaniu", mówi n. p. C o u d e r c, „niema znacznej poprawy, należy chorego operować; naświetlania ułatwią zabieg, zapobiegną powikłaniom, wpłyną na poprawę stanu ogólnego i szybszy zrost kostny po wycięciu stawu". Niektórzy, donosząc o przypadkach wyleczeń zapomocą naświetlań, krytycznie odnoszą się do trwałości otrzymanych wyników. Ze względu zaś na ogólnie znaną częstość nawrotów i pogorszeń miejscowych, występujących nawet po długim okresie spokoju, i brak pewnych kryterjów anatomicznego wyleczenia gruźlicy kostno-stawowej, uważają za swój obowiązek powiedzieć chorym, opuszczającym zakład jako wyleczeni, że zawsze winni się uważać za rekonwalescentów, obawiać nawrotów cierpienia, unikać zmęczenia i t. d. (B u f n o i r z Cannes).

Heljoterapja nie okazała się więc cudownym środkiem, leczącym wszystko, jak się tego spodziewano, lecz tylko dobrą metodą pomocniczą. Zawód posunął pewnych autorów zbyt daleko — do zaprzeczania wszelkiej wartości naświetlań. R. S o r e l wnioskował n. p. ze swych doświadczeń, że można otrzymać dobre wyniki naświetlań słonecznych również bez słońca, główne działanie przypisuje bowiem kąpielom powietrznym. Pogląd ten nie jest zupełnie słusznym. Łącznie z zabiegami, zmierzającemi do unieruchomienia i odciążenia chorego stawu i dobremi warunkami ogólnemi, w jakich się chory znajduje, okazuje helioterapja pomyślne działanie ogólne na ustrój chorego, a niekiedy i miejscowo — na ognisko chorobowe, dając wyleczenie niektórych ciężkich nawet przypadków z wielokrotnemi ogniskami gruźliczemi. Może być ona pozatem uważana niejako za czynnik zapobiegawczy, wpływa bowiem na zmniejszenie się ciężkości przebiegu i długości trwania sprawy, wreszcie wywołuje korzystne zmiany w całym ustroju, chroniąc przed nawrotami cierpienia. Nie powinno się jej jednak ostro przeciwstawiać leczeniu chirurgicznemu. Niesłuszny antagonizm między leczeniem słonecznem a chirurgicznem znika dziś coraz bardziej na korzyść opinji, że obydwie te metody powinny się nawzajem uzupełniać, wbrew dawnym zapatrywaniom, że zabieg krwawy winien być stosowany dopiero jako środek ostateczny.

Poza promieniami słonecznemi znalazły zastosowanie promienie pozafiołkowe pochodzące od lamp łukowych i kwarcowych — „prawdziwych słońc w miniaturze" — i promienie Roentgena. Pierwsze miały zastąpić naturalne promienie słoneczne; zdaniem ogółu jednak stosowanie ich winno mieć miejsce tylko wówczas, gdy słońce zawodzi. Pozafiołkowe promienie świetlne o krótkiej fali okazują działanie tylko na powierzchnię ciała. Promienie te, niezdolne do przenikania przez skórę, zostają pochłaniane w jej warstwach zewnętrznych, działają bezpośrednio tylko na zakończenia nerwowe i siatkę naczyń włosowatych skóry. Okazują więc wpływ pomyślny na przemianę materji i stan ogólny ustroju, pośrednio zaś tylko na ogniska gruźlicze, znajdujące się wgłębi. Stąd też przy powierzchownych owrzodzeniach, ropniach i przetokach, miejscowe ich działanie okazuje się niekiedy nawet bardziej skutecznem od działania promieni słonecznych. Te ostatnie jednak obok pozafiołkowych zawierają również promienie infraczerwone, przenikające najgłębiej, oprócz skóry działają więc do

pewnego stopnia na ogniska głębiej położone, czyli działanie ich jest bardziej wielostronne. Jako dwa czynniki poniekąd różne promienie słoneczne i lamp kwarcowych mogłyby się więc nawzajem uzupełniać. Są one ważnym czynnikiem leczenia ogólnego, pobudzając siły ustroju do walki z zakażeniem. Skuteczność ich działania znajduje się niemal w stosunku prostym do wielkości naświetlanej powierzchni ciała, naświetlanie zaś samego ogniska chorobowego nie wydaje się przytem odgrywać większej roli.

Działanie promieni Roentgena różni się zasadniczo od helioterapji. Promienie te, przenikając przez skórę do ognisk gruźliczych głębiej położonych, wywierają na nie działanie miejscowe. Nie jest ono bakterjobójczem, lecz polegać ma na niszczeniu komórek gruźliczej tkanki ziarninowej, bardziej wrażliwej na promienie, niż skóra i sąsiednie tkanki zdrowe, i prowadzić ma do bliznowacenia ognisk chorobowych. Z tego względu promienie Roentgena byłyby właściwym środkiem leczenia miejscowego zapomocą energji świetlnej, gdyby rzeczywiście sprowadzały wyleczenie kostnych ognisk gruźliczych. Ta ich wrażliwość na promienie Roentgena zależną jest jednak od szeregu czynników: od wieku chorego, usadowienia ogniska i charakteru anatomicznego sprawy. Dzieci mają oddziaływać na naświetlania znacznie lepiej od dorosłych, postacie torebkowe — lepiej od kostnych, naświetlania zaś w przypadkach suchej próchnicy kości i gruźlicy kręgosłupa zupełnie mijają się z celem. W postaciach z obfitem wytwarzaniem się gruźliczej tkanki ziarninowej ilość wyleczeń klinicznych jest bardzo mała i nie można jej porównać nawet z wynikami leczenia chirurgicznego. Istnienie martwiaków zmusza do ich usunięcia operacyjnego. Po naświetlaniach w pomyślnie oddziaływujących przypadkach, obserwowano zmniejszenie się lub nawet znikanie bolesności, cofanie się nacieku i przykurczeń; wydzielina z przetok początkowo bardziej obfita stawała się przejrzystą i skąpą, wreszcie po kilku miesiącach otrzymywano wyleczenie; często jednak następował okres uspokojenia, lecz nie wyleczenia sprawy. Według najpomyślniejszych statystyk przynajmniej w jednej trzeciej przypadków gruźlicy stawów nie otrzymano poprawy. To też roentgenolodzy francuscy nie wyrażają się zbyt entuzjastycznie, i nazywając roentgenoterapję jednym z najlepszych czynników leczenia zachowawczego, który nie zajmuje dotąd w leczeniu gruźlicy chirurgicznej dosyć miejsca, jak na to zasługuje, podkreślają, że nadają się do leczenia tylko pewne postacie kliniczne tego cierpienia, że nie należy się po niem zbyt wiele spodziewać, ani przeciwstawiać je leczeniu chirurgicznemu, które często jest nieuniknionem. Naświetlania więc, stosowane obok innych metod leczniczych, a w pierwszym rzędzie operacyjnych, są niezwykłym środkiem pomocniczym, same jednak rzadko tylko prowadzą do wyleczenia gruźlicy stawowo-kostnej. Zresztą we wskazaniach leczniczych istnieją między poszczególnymi autorami dość znaczne różnice, — niektórzy bardzo je ograniczają. Według B é c l è r a obok przypadków gruźlicy torebkowej z surowiczym płynem w stawie i przypadków powikłanych przetokami — naświetlania winny być stosowane tylko w razie nawrotu cierpienia po wycięciu stawu i u osób starych po 50 roku życia, u których zabieg ten nie może wchodzić w rachubę i grozi im odjęcie kończyny.

Swoiste leczenie gruźlicy (bacterio- i toxinotherapia) — problemat najwięcej obiecujący i zajmujący umysły nie tylko wielu badaczy pracowni ianych, lecz i klinicystów, którzy uważają wprost za swój obowiązek wypróbowanie każdego nowego środka, dało już wiele zawodów i nie przekroczyło niestety dotychczas okresu prób. Niepowodzenia nie zniechęcają jednak ogółu, nawet przeciwnie, każą mu wierzyć, że nie natrafiono jeszcze na środek właściwy. Wydaje się to o tyle dziwnem, że pierwszy okres leczenia tuberkulinowego nie został tu przyjęty podobnie entuzjastycznie, jak w innych krajach, i leczenie to w przypadkach gruźlicy chirurgicznej znalazło znikomą tylko ilość zwolenników. Być może fakt ten tem należy tłumaczyć, że francuzi naogół mają zaufanie tylko do własnych preparatów. Zresztą leczenie tuberkulinowe zdaniem J o u s s e t a, który pod tym względem jest wyrazicielem ogólnej opinji, jest niebezpieczną, a nawet groźna metoda, o bardzo miernej — jeśli nie chce się jej odmówić wszelkiej wartości. Zamiast tuberkuliny polecano stosowanie wyciągów bakteryjnych J o u s s e t a, collobacilliny G r i m b e r g a i innych preparatów, przyczem, jak się to zwykle zdarza, gdy zjawi się nowy środek dla leczenia schorzeń przewlekłych, ogłoszono początkowo wyniki pomyślne. Naogół jednak niesłychanie trudno jest sądzić o skuteczności pewnego środka przeciwgruźliczego, gdyż w przypadkach lekkich częste są wyleczenia samoistne, w ciężkich zaś podobnie wystąpić może poprawa. Tem też prawdopodobnie tłumaczyć należy różnicę zdań ludzi o wielkim doświadczeniu w sprawie leczenia zapomocą poszczególnych środków przeciwgruźliczych. Ocena ich wypadła zresztą naogół ujemnie i wykazała, iż dalecy jeszcze jesteśmy od środków swoistych, któreby pozwoliły na otrzymanie pewnych i regularnych wyników leczniczych. Dziś heroiczne te środki, wywołujące silne odczyny ogniskowe: rozmiękanie nacieku i wydalanie nazewnątrz zawartości ognisk serowatych, całkowicie zostały zarzucone z tego względu, że w równym stopniu oddziaływują na nie i inne ogniska gruźlicze narządów wewnętrznych, nie dające się niekiedy wykazać klinicznie; odczyny te zaś uchodzą naszej kontroli i wpływom leczniczym, niesposób więc jest ustrzec się ciężkich powikłań.

Liczne inne preparaty swoiste B a z y, V a u d r e m e r a, B o q u e t a i N è g r e'a i innych, polecane dla wzmożenia obronnego odczynu ustroju, miały nie przedstawiać pod tym względem niebezpieczeństw, gdyż sposób ich przygotowania zapobiegał niejako występowaniu silnych odczynów ogniskowych, wywołanych w pierwszym rzędzie przez ciała białkowe. Przeciw niektórym z nich wprawdzie wysuwane są pewne zarzuty teoretyczne — wątpliwość, czy można myśleć o swoistem działaniu ciał, pozbawionych substancyj tłuszczowych, woskowych i białka. Pierwsze próby ich stosowania w klinice ludzkiej dały również wyniki zachęcające, przeczą temu jednak stanowczo doświadczenia z Berck, mimo że leczenie przeprowadzał tu niejednokrotnie sam wynalazca pewnego środka. Zwolennicy leczenia swoistego podnoszą na swą obronę, że dla wyrobienia sobie właściwego zdania o wartości tych metod, zasługujących na stosowanie w praktyce, koniecznem jest bardzo rozległe doświadczenie i długotrwała obserwacja kliniczna chorych, gdyż sprawa jest bardzo zawiła, a samo leczenie — trudne. B a z y uważa szczepionki przeciwgruźlicze (nazwa ta zresztą nie jest właściwą) za metodę bardzo ciekawą, która — nie będąc zaczepną — w przyszłości oddać może znakomite usługi, wymaga jednak od lekarza wiele rozsądku i silnego zmysłu obserwacyjnego. Dziś pokusić się conajmniej można na wydanie o niej sądu prowizorycznego, który wkrótce ulec powinien gruntownej rewizji.

Leczenie wyciągami tkankowemi — niemal wyłącznie zresztą wyciągiem śledzionowym (metoda B a y l e'a) działać ma pomyślnie na ogólny stan chorego, prowadząc do zwiększenia ilości ciałek czerwonych, hemoglobiny i ciałek białych, i korzystnego przesunięcia obrazu krwi. Podobnie do większości metod leczenia gruźlicy środkami chemicznemi stanowi więc ona tylko czynnik pomocniczy, który może być stosowany obok leczenia ogólnego i miejscowego. Ze środków chemicznych stosowano na większą skalę fosforany, sole wapnia i jodu (metoda F i n i k o w a), sole ziem rzadkich, synthol i in. Obok opisanych dobrych wyników obserwowano jednak zawody. S o r r e l mimo długich i starannie przeprowadzonych w swych szpitalach prób ze wszystkiemi temi środkami — nie stwierdził żadnej różnicy w przebiegu procesu u chorych w ten sposób leczonych i nieleczonych. Podkreśla natomiast, że nie są one pozbawione stron ujemnych; zwłaszcza długotrwałe stosowanie fosforanów i soli wapnia wywołać może niekiedy u osobników leżących znaczne zaburzenia czynności nerek, kamicę nerkową z krwiomoczem. To też zdecydowanie odrzuca leki tego rodzaju, gdyż sam pobyt nad morzem zastępuje je w zupełności.

C. d. n.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Ministerstwo Spraw Wewnetrznych.
Nr. Z. Z. 6782/29.

Warszawa, dnia 4 grudnia 1929 r.

Okólnik Nr. 276.

Walka z wzrastającą epidemią błonicy, szczepienia zapobiegawcze.

Do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy.

Błonica (dyfterja) jest jedną z najgroźniejszych chorób wieku dziecięcego. Wprowadzona do lecznictwa w r. 1894 surowica przeciwbłonicza, która okazała się wielkiem dobrodziejstwem dla ludzkości, wydatnie, bo prawie 10-krotnie, zmniejszyła śmiertelność na błonicę, nie wywarła jednak wpływu na zmniejszenie się nasilenia epidemji błonicy. Po wprowadzeniu surowicy przeciwbłoniczej nasilenie błonicy utrzymywało się w ciągu szeregu lat mniejwięcej na jednakowym poziomie, w ostatnim jednak 3-leciu nasilenie błonicy znacznie wzrosło, jak to ilustrują niżej przytoczone dane statystyczne.

Według zestawienia przypadków błonicy, zgłoszonych w 32 krajach całego świata:

W latach:	*1923*	*1924*	*1925*	*1926*	*1927*	*1928*
zachorowało	347750	361156	347730	351506	393917	397762

W niektórych państwach wzrost ten w ciągu 2-ch ostatnich lat przedstawia się bardzo poważnie:

we Francji w r. 1923 zarej. 11033 przyp. błonicy, w r. 1928 — 18898 przypadków;

w Anglji w r. 1923 zarej. 40009 przyp. błonicy, w r. 1928 — 61134 przypadków;

w Czechach w r. 1923 zarej. 3150 przyp. błonicy, w r. 1928 — 12444 przypadków.

W Polsce również w ciągu lat ostatnich błonica wzmogła się znacznie.

Lata	*Zachorowania*	*Zgony*	*Odsetek*
1919	1815	219	12
1920	3178	387	12,1
1921	4130	544	13,1
1922	4228	414	9,8
1923	3694	426	11,2
1924	4838	494	10,2
1925	5888	567	9,6
1926	6826	622	9,1
1927	8640	824	9,5
1928	10460	863	8,3

W r. 1929 za okres 44 tygodni, t. j. do 2 listopada włącznie, zarejestrowano o 333 przypadki błonicy więcej, niż w r. 1928 za ten sam okres czasu.

Jednocześnie ze wzrostem liczby zachorowań na błonicę w niektórych krajach podnosi się znacznie w górę odsetek zgonów. Szczególną uwagę zwraca częstość przypadków toksycznych, w których surowica przeciwbłonicza nie daje należytego efektu.

Sytuacja więc przedstawia się groźnie. Natomiast walka z błonicą przy zastosowaniu zwykłych metod napotyka na wielkie trudności. Przebieg choroby przy zastosowaniu surowicy znacznie się skraca, wiele przypadków nie dochodzi do wiadomości władz sanitarnych, chory nie zostaje dostatecznie izolowany i szerzy chorobę wśród otoczenia. Ileż przytem dzieci ginie wskutek niezastosowania względnie zbyt późnego zastosowania surowicy wskutek nieorjentowania się rodziców, z jaką chorobą mają do czynienia.

Największą jednak trudnością w walce z błonicą jest niemożność unieszkodliwienia wielkiej liczby nosicieli bakteryj błoniczych. Nosicielami bowiem zjadliwych zarazków błonicy są nietylko ozdrowieńcy po błonicy, lecz mogą być i osoby z otoczenia chorych, oraz osoby, które same błonicy nie przechodziły i z chorymi na błonicę nie stykały się. Stwierdzono, iż zależnie od środowiska 2 do 12% ludzi jest nosicielami błonicy. Nosicielstwo bakteryj błoniczych może trwać bardzo długo w ciągu miesięcy i lat. Około 90% przypadków błonicy jest spowodowanych przez zakażenie się od nosicieli, żadnych zaś środków do leczenia nosicielstwa nie posiadamy. To jest główną grozą szerzenia się błonicy.

Jedynym i zupełnie pewnym środkiem walki z tą chorobą są szczepienia przeciwbłonicze, które znalazły szerokie zastosowanie w Stanach Zjednoczonych Ameryki, już od 15 lat, a obecnie są one stosowane już we wszystkich państwach Europy i Ameryki.

W Ameryce Północnej większość dzieci w wieku szkolnym podlega szczepieniu przeciwko błonicy. W samym tylko New Yorku szczepieniu podlega rocznie około 125.000 dzieci. We Francji liczba dzieci, zaszczepionych ochronnie anatoksyną, przekroczyła już obecnie miljon. W parlamencie francuskim złożony został projekt ustawy o obowiązkowych szczepieniach przeciwbłoniczych.

Początkowo do szczepień używano mieszanki toksyny z antytoksyną, obecnie jest w powszechnem użyciu *anatoksyna profesora Ramona.* Jest to toksyna błonicza, przekształcona i unieszkodliwiona zapomocą formaliny i ciepła tak, iż przestała być toksyczną, zachowując całkowicie swą siłę, uodporniającą szczepienia z anatoksyną, i nie wywołuje żadnych powikłań w ustroju szczepionych.

Szczepienia ochronne winny być poprzedzone szczepieniami na odczyn skórny Schicka i stosowane są tylko u dzieci wrażliwych, t. j. u tych, u których występuje reakcja po próbnych szczepieniach i które zatem nie posiadają w swym krwiobiegu gotowej antytoksyny.

Jakież wyniki dała dotychczasowa akcja szczepień przeciwbłoniczych?

Dzieci Schick +, czyli wrażliwe na błonicę, po zastosowaniu całkowitych szczepień uodporniających, stają się Schick —, czyli nabywają odporności. Odsetek uodpornionych w ten sposób dzieci wynosi około 80—90%.

Dzieci, które zostały uodpornione i przestały reagować na toksynę, zachowują tę odporność przez całe życie. A więc niema potrzeby szczepienia po pewnym czasie powtarzać, tak, jak tego wymaga uodpornienie przeciw durowi brzusznemu, ospie i innym chorobom zakaźnym. Wyjątki z tej reguły należą do rzadkości.

Nie ulega obecnie wątpliwości, że anatoksyna błonicza jest jedną z najwspanialnych zdobyczy nauki w ostatniem 10-leciu.

Polska była jednym z najpierwszych krajów w Europie, który zainteresował się szczepieniami przeciwbłoniczemi. Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie już w r. 1922 dążył do spopularyzowania szczepień ochronnych przeciwbłoniczych.

Materjał, zebrany przez Państwowy Zakład Higjeny w ciągu 7 lat, zawiera obserwacje nad kilkuset dziećmi, które zostały zbadane na wrażliwość i zaszczepione. Wyniki tych obserwacyj potwierdzają w zupełności dane światowe o skuteczności i zupełnej nieszkodliwości szczepień ochronnych zapomocą anatoksyny.

Obecnie Państwowy Zakład Higjeny wprowadził również do użytku szczepionkę mieszaną, zawierającą anatoksynę błoniczą i płoniczą (szczepionkę „B. P.").

Akcja szczepień przeciwbłoniczych na terenie całej Rzeczypospolitej dotąd nie znalazła szerszego zastosowania. Wobec groźnego szerzenia się błonicy w Polsce, akcja ta powinna bezwzględnie przybrać jaknajszersze rozmiary i dorównać zakresowi, w jakim szczepienia przeciwbłonicze stosowane są w Stanach Zjednoczonych Ameryki i w państwach Europy, jak np. we Francji, Niemczech, Czechach i t. d.

Powołując się na artykuł 12 ustawy z dn. 25 lipca 1919 r. (Dz. U. Nr .67, poz. 402) o zwalczaniu chorób zakaźnych oraz innych, występujących nagminnie, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament V Służby Zdrowia) poleca przeprowadzić szczepienia przeciwbłonicze przedewszystkiem we wszystkich przedszkolach, szkołach, oraz przytułkach i ochronkach, i to w jak najszerszych rozmiarach.

Szczepienia takie powinny być z reguły zorganizowane na początku roku szkolnego. Od szczepień zwolnić należy tylko te dzieci, których rodzice zgłoszą wyraźny sprzeciw.

Akcję szczepień przeciwbłoniczych należy drogą odczytów i pogadanek spopularyzować wśród ogółu ludności.

Szczepienia powinny być poprzedzone próbą na wrażliwość w/g metody Schicka.

Szczepić należy tylko dzieci wrażliwe. Do szczepień należy używać anatoksyny błoniczej względnie szczepionki mieszanej „B. P.", wyrabianej przez Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie.

Sposób użycia szczepionek podany był w okólnikach tutejszych L. Z. Z. 5606/25 z 5. X. 1925 w sprawie odczynów Schick'a i Dick'ów i szczepień zapobiegawczych przeciwko błonicy i płonicy, oraz L. Z. Z. 4105/28 z 16 lipca 1928 r Zresztą odpowiednie wskazówki dołączane są do każdej porcji szczepionki, przesyłanej przez Państwowy Zakład Higjeny w Warszawie.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (Departament Służby Zdrowia) dostarcza szczepionki bezpłatnie. Zamówienia należy kierować do Ministerstwa (Departamentu Służby Zdrowia) stosownie do okólnika tutejszego Nr. 33 (Nr. Z. Z. 166/27) z dnia 4 lutego 1927 r.

Należy prowadzić dokładną ewidencję osób, szczepionych przeciwko błonicy, i nadsyłać do Ministerstwa roczne sprawozdania o szczepieniach przeciwbłoniczych stosownie do okólnika tutejszego L. Z. Z. 357/25 z dn. 22 stycznia 1925 r. W zestawieniach statystycznych szczepień zapobiegawczych należy wypełniać rubrykę „rodzaj szczepionki", przyczem dane liczbowe, dotyczące osób, szczepionych szczepionką „B. P.", powinny być podane tylko w wykazach osób, szczepionych przeciwko płonicy, celem uniknięcia niedokładności.

Powyższe zechce Pan Wojewoda (Komisarz Rządu) podać wszystkim Starostwom do wiadomości i ścisłego zastosowania się.

Za Dyrektora Departamentu Służby Zdrowia: *Adamski.*

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

A. KUHN. Lwów.

Sprawozdanie sekcji higienicznej Ligi Narodów o dyfterji i szkarlatynie w latach ostatnich.

I.

Znaczną część numeru 127, 128, i 129 cennego wydawnictwa sekcji higienicznej Ligi Narodów p. t.: „Rapport épidémiologique mensuel" poświęcono przedstawieniu przebiegu obu powyższych chorób i omówieniu aktualnych zagadnień w tym przedmiocie.

Na karcie tytułowej numerów znajdujemy diagramy przedstawiające liczbę przypadków błonicy i płonicy, zgłoszonych razem

w Niemczech, Anglji i Polsce w latach 1922—1929, w okresach czterotygodniowych, oraz przypadków płonicy, zgłoszonych w Stanach Zjedn. Ameryki półn. w latach 1920—1929 w okresach miesięcznych.

Liczba przypadków płonicy jest przeszło dwukrotnie większa, niż liczba przypadków błonicy: pierwsza waha w poszczególnych okresach czterotygodniowych wzgl. miesięcznych między 7 a 30 tysiącami, druga między 4 a 11 tysiącami. Krzywe wykazują wzrost od r. 1923 do 1928 [1]), szkarlatyny nieprzerwany [2]), błonicy z lekkiemi wahaniami w latach 1925 i 1926. Szczyt płonicy przypada w krajach europejskich na 4. kwartał roku, szczyt błonicy na 4. i 1. kwartał; trwanie więc największego nasilenia płonicy jest krótsze, aniżeli błonicy. W Stanach Zjezdn. szczyt płonicy przypada przeważnie na 1. kwartał.

Pouczające są mapki ilustrujące śmiertelność na 100.000 mieszkańców w wielkich miastach Europy. W r. 1927 największa śmiertelność z błonicy była: Rouen, Pilzno czeskie, Łódź i Budapeszt (19.5—23,9); w drugim rzędzie stoją: Dublin, Sevilla, Rzym, Berlin, Poznań, Petersburg, Moskwa (13,0—17,3). Dalszą grupę (9,6—12,1) stanowią 2 miasta w Hiszpanji, 5 w Anglji, 2 we Francji, 2 we Włoszech, 1 w Czechach, 1 w Polsce (Lwów). Warszawa i Kraków są w dalszej jeszcze grupie (5,0—8,4).

W r. 1928 zmarło z błonicy najwięcej w Rouen, Pradze i Bernie morawskiem (19,8—23,0), poczem w grupie drugiej stoją: Glasgow, Manchester, Essen, Kopenhaga, Pilzno czeskie, Poznań, Łódź, Kraków, Gdańsk, Budapeszt, Petersburg (13,0—17,3). Następną kategorję (10,2—12,1) stanowią: 4 miasta w Hiszpanji, 2 w Anglji, po jednem we Francji, Holandji, Włoszech i Niemczech. Warszawa znajduje się na dalszem jeszcze miejscu (5,1—8,9), a Lwów w przedostatniej grupie (2,6—4,7).

Jeślibyśmy ułożyli 5 największych miast Polski według śmiertelności z błonicy w latach 1927/28, zaliczając je do grup ustalonych w diagramach, to otrzymalibyśmy następujący szereg:

Łódź	— 9
Poznań	— 8
Kraków	— 6
Lwów	— 4
Warszawa	— 4

Dla wyjaśnienia dodaję, że liczba 10 odpowiadałaby najgorszej możliwości tj. wypadkowi, gdy miasto jakieś w obu latach zaliczało się do grupy miast z najwyższą śmiertelnością z błonicy. Wyższa cyfra, aniżeli cyfra Łodzi, odnosi się tylko do Rouen we Francji (10); cyfra taka sama jak w Łodzi, do Pilzna czeskiego i Budapesztu.

Śmiertelność z płonicy (na 100.000) przedstawia się następująco. W r. 1927 największa: Tallin, Petersburg, Moskwa (40,6—50,5), następnie: Łódź, Warszawa i Lwów (23,0—24,3). Kraków i Poznań zostają daleko poza powyższą grupą miast polskich. W r. 1928 największa śmiertelność w Petersburgu i Moskwie (40,3—45,0); w drugiej grupie jest Belgrad (29,5): wszystkie wielkie miasta Polski mają średnią śmiertelność (5,1—14,8).

Okazuje się, że maximum dyfterji jest przesunięte ku zachodowi Europy w porównaniu z maximum szkarlatyny i że w ostatniej z tych chorób w r. 1927 dzierżymy prym wespół z Sowietami.

Wywody o błonicy poprzedza wzmianka o czterech chorobach zakaźnych wieku dziecięcego: dyfterji, szkarlatynie, odrze i kokluszu, które zdaniem sprawozdawcy Ligi Narodów mogłyby być połączone we wspólnem studjum, gdyż często kombinują się u chorych. Epidemjologja tych chorób ma pewne wspólne rysy. Przedewszystkiem wydarzają się głównie a nawet prawie wyłącznie w wieku dziecięcym (szczególnie odra i koklusz) i są nader zaraźliwe w wieku dziecięcym. Jak się zdaje, w chorobach tych uzyskują dzieci odporność na całe życie; przenosi się ona przez matkę na dziecię na przeciąg pierwszych miesięcy życia i stąd choroby powyższe sa nader rzadkie u dzieci poniżej 6 miesięcy życia, co stanowi dalszy wspólny rys chorób zakaźnych wieku dziecięcego.

Tę odporność przeciw błonicy w pierwszych miesiącach życia dokumentuje spostrzeżenie panów Ribadeau-Dumas i Chabrun, którzy stwierdzili obecność pałeczek dyfterji u 12% zdrowych noworodków; byli to więc nosiciele zarazków, które mogły być przeniesione w czasie porodu, gdyż często u ciężarnych w drogach rodnych spotyka się pałeczki błonicy, podobnie jak w odchodach położnic.

[1]) Rok 1929 doprowadzony tylko do 7. okresu 4-o tyg. wzgl. miesięcznego.

[2]) W Stanach Zjedn. w r. 1928 dość znaczny spadek w porównaniu z r. 1927.

Bardzo lekkie postacie błonicy, przebiegające niepostrzeżenie, prowadzą także do odporności, którą następnie uważa się zazwyczaj za wrodzoną (w sprawozdaniu „naturelle").

Błonica jest najczęstsza u dzieci między 2 a 14 rokiem życia, jednakże pojawia się także w wieku powyżej lat 14. Według statystyki Seligmanna, obejmującej 49.365 osób chorych na błonicę, rejestrowanych w Berlinie w czasie 1905—1914, przekroczyło wiek 14 lat przeszło 10% chorych, podczas gdy dla odry ta liczba wynosi 2—3% (według Debré-Joannon).

Mieszane zakażenia błonicą i płonicą są częste: w epidemji płonicy w Tallinie (1926/27) było 14,6% postaci mieszanych, a w 75% przypadków znaleziono pałeczkę Loefflera w gardle osób chorych na płonicę. Znane są także zakażenia mieszane błonicy z kokluszem i rzadsze błonicy z odrą. Są to zawsze przypadki bardzo ciężkie, z wyższą śmiertelnością, aniżeli czyste postacie błonicy. Z reguły jednak powyższe choroby zakaźne wieku dziecięcego nie występują równocześnie u tego samego osobnika.

Błonica była bardzo rozszerzona w połowie wieku XIX, poczem w niektórych państwach europejskich liczba zachorowań poczęła się dość nagle zmniejszać, już w czasach przed erą surowicy przeciwbłoniczej.

Od tego jednak czasu liczba ta w przeważnej liczbie państw pozostała stałą, aż dopiero w ostatnich dwóch latach się zwiększyła. Liczba ogólna przypadków zgłoszonych z 32 państw kuli ziemskiej wynosiła

w r. 1923 — 321.470
1927 — 405,272
1928 — 398,873

Wzrost zapadalności we Francji przedstawia się w liczbach 11.033 (1923) i 18.898 (1928); nieprzerwany wzrost wykazują cyfry w Austrji, Anglji, Polsce (3.694 w r. 1923 i 10.463 w r. 1928), w Czechosłowacji (3.159 i 12.446).

Do wyjątków należą państwa, gdzie stosunek był odwrotny. I tak np. w Stanach Zj. Am. półn. w r. 1923 zarejestrowano 139.472 zachorowań na błonicę, w r. 1928 tylko 87.076 — spadek był przerwany tylko w r. 1927. W Finlandji spadek był ciągły z 1803 (1923) do 972 (1928).

Spadek liczby zachorowań na błonicę, jak się zdaje, stoi przedewszystkiem w związku z nabyciem przez liczne osobniki odporności w czasie panowania w Europie wielkich epidemij błonicy w połowie wieku XIX. Ale spadek ten z końcem wieku ustał. Liczba zachorowań, osiągnawszy poziom mniej lub więcej stały, jest, zdaniem sprawozdawcy, zależna od warunków społecznych i biologicznych. Chcąc uzyskać dalsze obniżenie, należy stosować uodpornienie czynne.

Także liczba zmarłych z błonicy zmniejszyła się w niektórych krajach europejskich już w czasach przed rozpowszechnieniem się surowicy przeciwbłoniczej. Śmiertelność z błonicy na 100.000 mieszkańców spadła w Holandji z 50,2 (1885) na 33,2 (1894), we Włoszech z 95.2 (1887) na 50,1 (1894), w miastach Francji z 58,1 (1889) na 38,1 (1894). W innych państwach europejskich objawiło się zmniejszenie śmiertelności z błonicy dopiero od r. 1895, i od tego czasu spadek postępuje nieprzerwanie aż do lat ostatnich, coprawda, nie wszędzie w jednakim stopniu: w Niemczech z 145,8 (1890) na 3,8 (1928), w Austrji z 129,0 (1885) na 3,5 (1928), w Danji z 168,2 (1890) na 4,6 (1927), w Szwecji z 79,0 (1893) na 2,1 (1928); mniej wydatny spadek stwierdzamy np. w Szkocji: z 47,4 (1889) na 10,0 (1928).

W niektórych krajach jednak wprowadzenie surowicy przeciwbłoniczej przez szereg lat prawie nie wpłynęło na śmiertelność (mortalité) z błonicy. WAnglji i Walji np. śmiertelność ta pozostała w latach 1885—1902 na jednym prawie poziomie (32,0—25,6 na 100.000). Śmiertelność z błonicy w W. Brytanji przedstawia zresztą i inne zajmujące zjawiska: I tak była ona stale mniejsza, aniżeli w innych krajach europejskich. W r. 1885 najmniejszą śmiertelność z błonicy wykazano w Irlandji (20,3 na 100.000), Anglji z Walją (32) i Szkocji (37,5) — podczas gdy w Austrji było 129,0, w Norwegji 83,5, w Danji (miasta) 60. Gdy następnie w krajach W. Brytanji rozpoczął się konsekwentny spadek śmiertelności (nieco spóźniony, jak to widzieliśmy), nie był on tak znaczny, jak gdzieindziej, i ostatecznie śmiertelność z błonicy w tych krajach jest w latach 1924—1928 zawsze wyższa, aniżeli w innych krajach. Więc np. w r. 1927 wykazano dla Anglji z Walją 7 na 100.000, dla Szkocji 9,9, dla państwa irlandzkiego 7,4, dla Irlandji północnej 6,8 — podczas gdy liczby wszystkich innych 14 państw wymienionych w sprawozdaniu L. N. wahają między 2 2 (Rumunja) a 6,4 (Bułgarja).

W stosunku do śmiertelności ogólnej przedstawiała się śmiertelność z błonicy w następujących liczbach:

Niemcy	6,0% (1890)	—	5,9 (1894)	—	0,3 (1926)
Austrja	4,3 (1885)	—	4,8 (1894)	—	0,3 (1926)
Danja [3])	3,4 (1885)	—	5,6 (1894)	—	0,4 (1927)
Szwecja	3,1 (1885)	—	4,5 (1894)	—	0,3 (1927)
Szwajcarja	2,4 (1885)	—	3,2 (1894)	—	0,3 (1927)
Włochy	3,4 (1885)	—	2,0 (1895)	—	0,4 (1925)
Holandja	2,4 (1885)	—	1,8 (1894)	—	0,3 (1927)
Francja [4])	2,2 (1890)	—	1,7 (1894)	—	0,2 (1925)

Sprawozdawca Ligi Narodów zwraca następnie uwagę na interesujący fakt, że śmiertelność bezwzględna z błonicy (α) zmniejszyła się w wielu państwach w większym stopniu, aniżeli udział procentowy błonicy w śmiertelności ogólnej (β).

Zmniejszyła się:

w Austrji (r. 1887 i 1926)	liczba α 40 krotnie,	liczba β tylko	18 krotnie
w Norwegji (1885 i 1926)	„ „ 32 „	„ „ „	25 „
w Szwajcarji (1885 i 1928)	„ „ 10 „	„ „ „	8 „
w Italji (1887 i 1925)	„ „ 13 „	„ „ „	8·5 „

Tensam objaw stwierdza się także w śmiertelności z płonicy, odry i kokluszu, z czego wynika, że śmiertelność z chorób zakaźnych wieku dziecięcego coraz większą rolę odgrywa w śmiertelności ogólnej. Fakt ten w odniesieniu do błonicy nabiera tem większego znaczenia, że przeciw tej chorobie jesteśmy stosunkowo dobrze uzbrojeni.

Zadziwia, że z a b ó j c z o ś ć (léthalité) błonicy, osiągnąwszy po wprowadzeniu surowicy pewne minimum, dalej się nie obniża, a nawet w niektórych krajach się powiększa. Ten ostatni objaw spostrzegamy w latach 1921-1928 w Holandji, Japonji, Rumunji, Węgrzech.

Wśród przyczyn tego wzmożenia się zabójczości błonicy podnosi sprawozdawca pojawianie się w ostatnich latach postaci choroby bardzo ciężkich, w których surowica zdaje się nie działać. W Berlinie zwrócono uwagę na znaczną liczbę przypadków z porażeniami. W Kopenhadze 14% chorych przyjętych do szpitala umiera w pierwszym dniu po przyjęciu do szpitala [5]). W jednym ze szpitali petersburskich leczono w czasie od 10. X. 1928 do 1. I. 1929 — 273 chorych na błonicę, z tego 48 przypadków z ciężkiem zakażeniem. Śmiertelność wśród przypadków ciężkich była 41,6% (surowica nie działała wcale), w innych przypadkach 6,4%.

W Anglji zabójczość błonicy nie przekracza 4%. Również nie zauważono zwiększenia się zabójczości w Szwecji, Belgji i w Hamburgu. Przeciwnie w Japonji przebiegała błonica szczególnie ciężko, gdyż w latach 1921—1928 umierało 23,3—28,1% chorych.

Zachodzi pytanie, czy pałeczka błonicy złośliwej różni się od pałeczki błonicy zwyczajnej. F e i e r a b e n d i S c h u b e r t wykazali doświadczalnie, że różnic jakościowych niema. Zdaje się, że zachodzą tylko różnice ilościowe (ilość zarazków i zawartość toksyny). H a r r i e s dochodzi do podobnych wniosków, przyjmuje jednak możliwość, że w złośliwych postaciach błonicy zachodzi zmieszanie pałeczki błoniczej z innym drobnoustrojem np. z łańcuszkowcem.

Błonica jest chorobą wszystkich krajów i wszystkich klimatów, podobnie jak odra [6]). Ciężkie postacie błonicy pojawiają się tak w krajach ciepłych jak zimnych, na wschodzie podobnie jak na zachodzie. Godzi się jednak wspomnieć o bardzo wysokim procencie ujemnego S c h i c k a, jaki stwierdzono w pewnej szkole u Malajczyków (91) i na wyspach filipińskich (80—85); może to być następstwem wielkich epidemij czasów minionych.

Rozdział według pór roku w błonicy jest bardzo stały: nagły wzrost rozpoczyna się w październiku i trwa do stycznia; w marcu zaczyna się spadek, a minimum przypada na miesiące letnie. Dzieje się tak zarówno w Japonji, jak w Ameryce, w Afryce i Europie. Przypuścić należy, że wchodzi tu w grę wysokość temperatury powietrza.

Bardzo interesujące spostrzeżenia uczynił B o e c k e l w Nowym Yorku, streszczające się w tem, że wrażliwość na błonicę wzrasta z zamożnością rodziny, do której osobnik należy. Dodatniego S c h i c k a stwierdzono w rodzinach ubogich w 58,6% przypadków, u średnio zamożnych w 70,25%, u bogatych w 84,21%. B o e c k e l sądzi, że w klasach mniej zamożnych wskutek niedostatku i przeludnienia mieszkań zachodzi daleko większa łatwość zetknięcia się z zarazkiem błoniczym i nabycia odporności, choćby nawet dany osobnik wcale nie zachorował lub przebył bardzo lekką postać choroby.

Bardzo wyraźne różnice w zapadalności na błonicę zachodzą między miastem a wsią. Liczba osobników posiadających odporność naturalną jest większa w miastach aniżeli na wsi — niewątpliwie z powodu większego skupienia ludności w mieszkaniach miejskich oraz częstszego w miastach stykania się ludności w przestrzeniach zamkniętych, momentów ułatwiających zetknięcie się z zarazkiem błoniczym i nabycie odporności. W Niemczech stwierdzono u dzieci poniżej 5 lat obecność antitoksyny błoniczej we krwi: u ludności wiejskiej w 11,2% przypadków, w wielkich miastach w 39,7%. W wieku około lat 14 powyższa liczba wynosiła dla wsi 36,1%, w miastach 80,3%. Jednak złe warunki higjeniczne wielkich miast, jak szczególniej przeludnienie mieszkań, a więc wadliwości społeczne, mogą przeważyć moment biologiczny i odwrócić stosunek, tak że więcej zachorowań pojawi się w mieście aniżeli na wsi.

Zajmujące dane zawiera sprawozdanie L. N. o n o s i c i e l a c h z a r a z k ó w błonicy. Według B o e c k e l a proporcja nosicieli wśród ludności waha między 1 a 5%. W Petersburgu stwierdzono w szkołach, w których zaszły przypadki błonicy, 7% nosicieli, wśród służby szpitalnej na oddziałach chorych błoniczych nawet niekiedy 37%. Według spostrzeżeń G a k h'a (Petersburg) i Z o e l l e r a (Paryż) chorzy na błonicę przestają być nosicielami zarazków w ciągu 2. tygodnia choroby w 50% przypadków, w 3. tygodniu w 15—25%, w ciągu 2. miesiąca w 6% przypadków. Jadowitość zarazka zmniejsza się bardzo szybko po 3 tygodniach choroby.

Jak już wspomniano, stosowanie s u r o w i c y p r z e c i w b ł o n i c z e j nie wiele wpłynęło na częstość zachorowań na błonicę, natomiast miało wpływ hamujący na zabójczość błonicy. Okazało się jednak w ostatnim czasie, że kwestja skuteczności stosowania surowicy nie jest jeszcze zamknięta, gdyż rozpoczęły się znowu dyskusje na ten temat. W Berlinie mówiono nawet o „bankructwie leczenia surowicą", przeciwnie w Kopenhadze i Paryżu zadowolenie z wyników jest powszechne. Wyjaśnienie znajdziemy w następującej okoliczności: w Niemczech stosuje się małe dawki surowicy, przeciętnie po 40.000 jednostek antitoksycznych — podobno z powodu drożyzny surowicy; zaś w Paryżu i Kopenhadze wstrzykuje się znacznie większe dawki: do 400.000 jednostek. W Kopenhadze stosowano często dożylnie lub wśródmięśniowo, i to w pierwszej dobie choroby. W Rosji używa się 75—100.000 jednostek. W Anglji do r. 1920 stosowano 30.000 jednostek, poczem zaczęto zdwajać i potrajać dawkę; odbiło się to na zabójczości choroby: w latach 1916—1920 umierało 13,4% chorych, w latach 1921—1925 — 6,6%. Obecnie stosuje się w Anglji zazwyczaj 100—120.000 jednostek domięśniowo lub (w ciężkich przypadkach) dożylnie.

U o d p o r n i a n i e c z y n n e przeciw błonicy, proponowane przed paru laty w kilku państwach, w ostatnich czasach zaczęto stosować na wielką skalę, ale sprawa ta podlega jeszcze bardzo ożywionej dyskusji. Jak wiadomo, przy zastosowaniu uodpornienia czynnego wywołuje się wytwarzanie przez dany ustrój antytoksyny, wytwarzanie trwające bardzo długo, prawie przez całe życie. Sposób powstawania antytoksyny wyobraża sobie większość badaczy jako wytwarzanie jej przez komórki szczególnie wrażliwe na toksynę. Inni przypuszczają, że toksyna zamienia się w ustroju na antytoksynę (W a l b u m). Inni jeszcze autorowie są zdania, że antytoksyna powstaje pod wpływem działania trypsyny; opierają się na spostrzeżeniu, że jeżeli się zmiesza potrójną dawkę śmiertelną toksyny z trypsyną, to po upływie $2^1/_2$ godzin mieszanina ta traci własności toksyczne, a nabiera własności uodporniających.

Następuje opis trzech metod uodporniania czynnego. Ustęp ten streszczam w krótkich słowach.

1) Uodpornianie zapomocą mieszaniny toksyny z antytoksyną z małą nadwyżką toksyny (1913). Mieszanina wzorowa (T. A.) jest w użyciu w Stanach Zjedn. Am. półn. Mieszanka ta dała dobre wyniki w Berlinie w r. 1928, gdzie na 11.325 dzieci szczepionych, conajmniej w 6 tygodni po ukończeniu szczepienia, stwierdzono 71% ujemnego Schicka.

2) Zapomocą anatoksyny R a m o n a (1923). Jestto toksyna błonicza, którą utrzymywano przez kilka tygodni w temperaturze 37° C po dodaniu małej ilości formaliny, i która utraciła własności toksyczne a zachowała własności uodporniające. Według R a m o n a po 3 wstrzyknięciach podskórnych anatoksyny 97—100% szczepionych okazuje ujemnego Schicka, zaś po 2 wstrzyknięciach 90—95%. Odporność nabyta tym sposobem trwa przez kilka lat a może nawet przez całe życie.

3) Trzecia metoda, w przeciwieństwie do dwóch pierwszych, które dają odporność tylko przeciw toksynie, daje odporność także przeciwko pałeczkom błoniczym. Jestto szczepienie mieszanką

---

[3]) W latach 1885—1904 odnosi się do ludności miast.

[4]) W latach 1890—1904 odnosi się do miast z ludnością powyżej 5000.

[5]) W Kopenhadze 80% chorych na błonicę leczy się w szpitalach, w Anglji 90%.

[6]) Przeciwnie płonica i koklusz są rzadsze w krajach ciepłych.

Barykina (1927), która składa się z anatoksyny i z pałeczek Loefflera, rozpuszczonych w rozczynie sody w ilości 1 miljarda pałeczek na 1 cm³. Tą metodą, jak się zdaje, uzyskuje się skrócenie czasu trwania nosicielstwa zarazków u ozdrowieńców.

Mieszankę T. A. i anatoksynę stosuje się zazwyczaj podskórnie albo śródmięśniowo. Barykin stosował swoją mieszankę na wacie do nosa, idąc śladem Dziergowskiego, który w r. 1910 wprowadzał czystą toksynę na wacikach lub przez rozpylanie na błonę śluzową nosa. Barykin uzyskiwał odporność trwającą 1—12 miesięcy. Byli i tacy, co próbowali stosowania mieszaniny toksyny z antytoksyną per os, ale uzyskana tym sposobem odporność była krótkotrwała — albo też wyniki były ujemne.

Ostatnio proponuje Loewenstein (Wiedeń) stosowanie maści, zawierającej zabite pałeczki błonicy, przez wcieranie w skórę piersi lub pleców po poprzedniem zmyciu skóry eterem; wcierania takie, zastosowane co tygodnia przez 2—5 tygodni, dały wynik taki, że z końcem 6. tygodnia odczyn Schicka u 56,8% dzieci stał się ujemnym.

Znaną jest rzeczą, że w Stanach Zj. Am. półn. szczepienie czynne przeciwko błonicy zapomocą T. A. jest stosowane na szeroką skalę. W Nowym Yorku prawie wszystkie dzieci szkolne wrażliwe na toksynę są szczepione; również w innych wielkich miastach Stanów Zj. szczepiona jest większość dzieci szkolnych. Flakon zawierający 4 cm³ T. A., a wystarczający na komplet 3 szczepień, kosztuje 25 ct. amer., co więcej, wiele flakonów rozdają władze miejskie bezpłatnie lekarzom praktykom i organizacjom prywatnym. Liczba dzieci szczepionych w Nowym Yorku wynosiła w ostatnich latach po 125.000 rocznie; w pierwszym kwartale 1929 zaszczepiono 21.891 dzieci, z tego 7798 przez lekarzy prywatnych a 14.093 przez „departament zdrowia"; w czasie od 6. IV. do 8. VI. 1929 zaszczepiono 51.140 dalszych dzieci. Śmiertelność z błonicy w Nowym Yorku na 100.000 mieszkańców, przedstawia się następująco: 1895 — 127, 1900 — 66, 1905 — 38, 1910 — 36, 1915 — 24, 1920 — 19, 1925 — 11, 1928 — 11. Zdaniem dyrektora laboratorjum miejskiego w Nowym Yorku, Dra Parka, w ciągu lat 25 liczba zmarłych z błonicy w tem mieście zmniejszyła się o 80%, liczba zachorowań o 30%, a zupełnemu zniknięciu błonicy w N. Yorku stoi na przeszkodzie tylko to, że istnieją jeszcze dzieci nieszczepione i dzieci, które przebyły szczepienia niekompletne.

Podobne zjawiska, jak w N. Yorku, spostrzegamy i w innych okolicach Stanów Zj., mianowicie tam, gdzie szczepienia zapobiegawcze stosowano w większej mierze; przeciwnie w okolicach, gdzie tego nie czyniono, liczba stosunkowa zachorowań się wzmogła.

We Francji zaszczepiono anatoksyną Ramona już miljon dzieci bez przypadku nieszczęśliwego. Rozdano w r. 1924 — 5000 doz anatoksyny, 1925 — 15.000, 1926 — 30.000, 1927 — 50.000, 1928 — 300.000, a w pierwszym kwartale 1929 — 125.000 doz. W kwietniu 1929 zorganizowano „tydzień narodowy (semaine nationale") walki przeciw błonicy, pod kierunkiem ministerstwa pracy i higjeny.

Wiele szczepień wykonano także w Kanadzie i Belgji. Dobre wyniki dały szczepienia 3 krotne w Berlinie. W Baku zaszczepiono 4.000 dzieci anatoksyną; między temi dziećmi w ciągu 2 lat po szczepieniu nie było przypadku błonicy, podczas gdy w tymsamym czasie w Baku u dzieci nieszczepionych było 550 przypadków błonicy.

Sprawozdawca L. N. kończy artykuł słowami „Walka przeciw śmiertelności z błonicy, która w ostatnich latach doznała po części niepowodzenia, przechodzi obecnie w nową fazę, i, być może niedaleki jest czas, kiedy z postępem uodporniania czynnego zniknie ta choroba z widowni".

Bibljografja błonicy (od r. 1924), pomieszczona na końcu sprawozdania, zawiera 345 prac w języku angielskim, francuskim, hiszpańskim, niemieckim, rosyjskim i włoskim. Z autorów polskich są wymienieni: R. Barański, H. Brokman, J. Celarek, Fr. Gröer, M. Nencki, W. Porębski, F. Redlich.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Ocena dwóch roczników Przeglądu Piśmiennictwa Lekarskiego Polskiego za 1925 i 1926 r. napisana przez p. prof. Władysława Szumowskiego (Polska Gazeta Lekarska Nr. 1 (5 stycznia 1930 r.) str. 12—15) dotyczy częściowo Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w osobach członków Zarządu tej instytucji, częściowo zaś „redakcji" „Przeglądu". Uznaję potrzebę krytyki nawet najbardziej surowej za rzecz pożądaną a w naszych stosunkach za konieczną, wymagam jednak objektywizmu i uwzględnienia wszystkich czynników a nietylko tych, które są potrzebne recenzentowi do napisania takiej lub innej oceny. Z tego też względu nie mogę pominąć milczeniem wspomnianej krytyki tembardziej że „redakcja" Przeglądu to jeden człowiek w osobie niżej podpisanego, który jednocześnie był: „redaktorem", „korektorem", „administratorem", „przepisywaczem" streszczeń przeznaczonych do druku oraz sporządzał skorowidze autorów i rzeczowy. Wszystkie więc zarzuty obficie skierowane w stronę redakcji, dotyczą, ściśle biorąc, tylko mnie; muszę i chcę być odpowiedzialny za wydawnictwo powyższych roczników.

1) „Wogóle korekta i wykończenie są fatalne", tak w jednym z ustępów brzmi krytyka; następnie idzie krótkie pouczenie „mechanizmu drukowania" i wreszcie kategoryczny wniosek: „Ręczę, że ten mechanizm nie funkcjonował". Stan faktyczny przedstawia się nieco inaczej: korekty były robione trzykrotnie; „mechanizm drukowania" w niczem nie odbiegał od wyłożonych przez recenzenta przepisów; wina całkowicie obciąża drukarnię, która funkcjonowała tak fatalnie, że nieraz po otrzymaniu ostatecznych odbitek stwierdzałem ku swemu przerażeniu szeregi nowych błędów, a nawet przeinaczeń. W ciągu trwania druku niemal co tydzień w drukarni był jedno lub parodniowy strejk. Zerwanie umowy z wielu względów było niemożliwe, a przytem groziło Towarzystwu stratami, idącemi w tysiące. Rzecz prosta, że za ostateczny wynik jest odpowiedzialny redaktor. Zgadzam się również, że wykończenie jest złe (nie zaś fatalne) i że błędów jest dużo, jednak twierdzenie „ręczę, że ten mechanizm nie funkcjonował" jest tylko dowolnym poglądem, opartym na luźnych przesłankach, a jednak zarzucającym mnie, jako redaktorowi „pospolity bałagan, zwany linją najmniejszego oporu". W moim więc rozumieniu zarzuca mi recenzent nieuczciwość, gdyż chciałem się wykręcić po „linji najmniejszego oporu". Gdzie więc objektywizm, którego można wymagać od rezenzenta, zwłaszcza że jest on profesorem Historji Medycyny; a z tytułu tego stanowiska wnioskowanie powinno być *sine ira et studio*.

2) „W r. 1925 na pierwszych stronicach uderza to, że „Przegląd" zawiera mało streszczeń, poprzestając bardzo często na podaniu tylko tytułów prac i miejsca druku. A więc tak, jak w bibljografji". Pobieżny rzut oka pozwoli stwierdzić, że zarzut ten dotyczy referatów z XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich, że natomiast co najmniej 9/10 prac, zawartych w polskich pismach lekarskich, posiada streszczenia. W „Przeglądzie" rozmyślnie nie umieściłem streszczeń: A) z posiedzeń Towarzystw lekarskich i szpitalnych; B) ze wszystkich zjazdów, ponieważ w Pamiętnikach zjazdowych lub z posiedzeń szpitalnych przeważnie są umieszczone już referaty; uznałem za konieczne podanie tytułów tych prac, gdyż to niewątpliwie ułatwi poszukiwania interesującemu się odnośnym tematem.

3) Skorowidze również są dość ostro skrytykowane. Zgadzam się, że „doświadczalne i lecznicze zastosowanie pepsyny w chorobach ocznych" powinno być umieszczone i pod słowem „pepsyna"; samo tylko umieszczenie pod „choroby oczne", objektywnie nie jest „nonsensem oczywistym", jak się wyraża recenzent, gdyż wszak autorowi chodzi o leczenie oczu a nie o pepsynę. Toż samo tyczy się sanokryzyny i neosalwarsanu. Przykład trzeci: „Prawa polibolizmu nerwowego a definicja fizjologiczna neuroz". Bezskutecznie szukał recenzent pod „prawa" i pod „polibolizm", również mógłby szukać i pod „neurozy", bo i tak możnaby umieścić w skorowidzu; umieściłem pod tytułem „nerwowy polibolizm" bo wszak temat dotyczy nerwic, a więc konsekwentnie powinien być w skorowidzu tam, gdzie kolejno znajdują się „nerwy", „nerwica", „nerwowa barjera", „nerwowy polibolizm". Gdzie tu objektywizm i chłodny sąd? Ostatni przykład o kanofinie; tytuł brzmi: „Badania kliniczne nad synergizmem narkotyków. Działanie lecznicze kanofiny; niech porówna recenzent z poprzedniemi swemi rozważaniami na temat „pepsyny" i „oka". Tu także mało objektywizmu.

Wciąż zmusza recenzent do wczucia się w psychologję czytelnika i mówi o konieczności „porozdzielania tematów inteligentnie pod najrozmaitsze kategorje". Niech mi jednak recenzent da ściśle wskazówki, dotyczące zasad układania skorowidzów rzeczowych. Czy są takowe? Przeglądałem sporo skorowidzów i znajduję, że mniejsze zarzuty można postawić bez wyjątku każdemu z jeszcze bardziej złośliwemi docinkami, niż w krytyce, o której mowa. Ogranicza się bowiem recenzent do poszczególnych przykładów, pomija zaś układ skorowidza jako całości. Idealny skorowidz ułożyć potrafię; lecz taki skorowidz musi bardzo znacznie obciążyć koszt wydawnictwa, gdyż tytuł nietylko winien być rozbity do rozmaitych działów skorowidza, lecz w razie istnienia miana polskiego, powinien być umieszczony zarówno pod tem mianem, jak i łacińskiem. Zwykłe zlecenie „przysiedzenia fałdów" jest niezmiernie łatwe w krytyce i mam wrażenie, że ściśle przytrzymy-

wanie się tej zasady przy pisaniu oceny obu tomów „Przeglądu" dałoby zupełnie odmienny wynik, niż wyżej wspomniana krytyka.

4) Skorowidz autorów. Radzi recenzent skorzystać z „Urzędowego spisu lekarzy Rzeczypospolitej" (wiem, że są dwa wydania) i ustalić imiona autorów. Mógłbym odpowiedzieć krótko: niech recenzent raczy spróbować to zrobić. „Rozbijałem" jednego autora na dwóch, a czasami na trzech z całą świadomością. Wszak ustalenie imienia lub imion autorów nie leży w zakresie obowiązków redaktora „Przeglądu". Redaktor korzysta z pism lekarskich, w których imiona a nieraz nazwiska są drukowane w sposób dowolny, zwłaszcza w sprawozdaniach z posiedzeń Tow. Lekarskich. Trzeba więc przedewszystkiem uzgodnić sposób drukowania imion i nazwisk w pismach, tembardziej, że w niektórych pismach zamiast istotnych imion i nazwisk są kryptonimy.. Obowiązkiem redaktora jest wiernie oddać to co było wydrukowane; wszak tak? Rażą i dziwią recenzenta wyjątki od powyższej zasady: dotyczą one kolegów, których osobiście znam i co do których wiedziałem, że chodzi o ich artykuły. Nie można jednak żądać od redaktora, by znał wszystkich lekarzy, a z „Urzędowym spisem" nie jest tak łatwo, jak recenzent twierdzi. Czasami chcąc być idealnie ścisłym, w myśl wyłożonych zaleceń, należałoby przeprowadzać bodaj że badania metrykalne.

5) Niesłusznie, zdaniem recenzenta, umieszczono nazwiska autorów obcych: „jeszcze gorzej wygląda Frassetto Fabio z włoskim tytułem pracy". Cóż pocznę, kiedy tak jest wydrukowane w Pamiętniku XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich. Nie wolno mi tytułów zmieniać, a praca jest umieszczona w wydawnictwie polskiem. Artykuły pisane w odnośnym języku są zaliczane do piśmiennictwa tego kraju, w którego języku są drukowane. Czy słusznie — rzecz do omówienia, jednak tak jest. Jaki natomiast ma cel wyłączenie obcych autorów, drukujących po polsku, w oddzielną grupę, nie rozumiem. Czy to ułatwi pracę, korzystającemu z „Przeglądu". Czy też łączne umieszczenie autorów polskich i cudzoziemskich jest dla jednych lub drugich krzywdzące? Można nie umieszczać — choć korzyść tego jest wątpliwa, ale wydzielać w osobną grupę, poco?

6) Przytoczono 7 opuszczonych prac, w tem dwie książki. Nie przeczę mogłem przeoczyć. Na nieomylność nie cierpię. Lecz skąd nieoczekiwany wniosek: „prawdopodobnie luk jest daleko więcej, a l e j u ż i c h n i e s z u k a ł e m". Objektywizm znów nie dopisuje.

7) O nieekonomicznem użyciu czcionek wiedziałem i wiem, mimo to, nie mogłem polecić takiego druku, gdyż drukarnia nie posiadała odpowiedniej ilości potrzebnych czcionek.

8) Układ abecadłowy prac według nazwiks autorów jest zdaniem recenzenta, nieodpowiedni. Radzi natomiast: „Co się da według treści, a reszta jak bądź". Może zalecenie dobre, lecz gdybym kiedykolwiek miał jeszcze raz być redaktorem „Przeglądu" do takiej rady się nie zastosuję, gdyż planowanie na „jak bądź" w moim zrozumieniu do najszczęśliwszych nie należy.

9) „Ale dlaczego nie obcięto góry?" w obu tomach „Przeglądu" pyta się recenzent. Naprawdę nie wiem, zrobiła to drukarnia bez mojej ingerencji. Nigdy nie przypuszczałem, że i to może być przedmiotem krytyki. Od siebie dodam, że oprawianie nierozciętej od góry książki ułatwia pracę introligatorowi, więc może dlatego. A zresztą przecięcie góry w obu tomach nie zajmie nikomu więcej ponad kwandrans czasu, więc czy się warto martwić.

Tyle w odpowiedzi Szanownemu recenzentowi. Szereg uwag jest słusznych bez względu na to jakie przyczyny złożyły się na te lub inne usterki wydawnictwa. Tak długą replikę wywołał szereg zwrotów w ocenie, które to zwroty nie mogły pozostać bez odpowiedzi, gdyż, zdaniem mojem, wykraczały one poza granice objektywizmu i szkodziły wspólnej sprawie — usunięciu usterek w kolejnych tomach „Przeglądu". Ze swej strony radbym widzieć Szanownego recenzenta w roli redaktora „Przeglądu", gdyż wówczas, miejmy nadzieję, żadne usterki wydawnicze i redaktorskie nie miałyby miejsca.

Wilhelm Czarnocki.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Ratownictwo, rok I, nr. 12 z r. 1929: Fr. B i a ł o k u r: O taktyce lekarza Pogotowia ratunkowego (c. d.). — Fr. O b a r s k i: Oparzenie i udzielenie pierwszej pomocy (dok.).

Nowiny społeczno-lekarskie, rok IV, nr. 3, z 1 lutego 1930 r.: Projektowane zmiany w Kasach chorych. — Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego. — St. Ł o p o t t: Warunki bytu i pracy lekarza na Polesiu. — W. M a c h o w s k i: O zwiększenie zaufania ubezpieczonych do lecznictwa kasowego. — A. K l ę s k: Zadania społeczne lekarza szkolnego.

Wychowanie fizyczne, rok XI, zeszyt 2, z r. 1930: L. Z b y s z e w s k i: Funkcja czasu jako czynnik określenia pobudliwości. K l a m r z y ń s k i: Określenie rozwoju fizycznego u młodzieży szkolnej. — W. S i k o r s k i: Indywidualizacja i uspołecznienie w sportach młodzieży szkolnej. — K. P i e t k i e w i c z: Z metodyki narciarstwa. — W. P r z y b y l s k i: Jazda figurowa na łyżwach.

Młoda Matka, nr. 2, z r. 1930: C. H o p p e: O dzieciach garbiących się. — C. R.: Czy i jak należy wietrzyć pokój w zimie. — J. B o g d a n o w i c z: Dobór rodziców. — M. B e n i s ł a w s k a: Mały człowiek i zwierzę domowe. — J. W ą d o ł k o w s k a: Udział dzieci w zajęciach domowych. — J. D y l i ń s k a: Historyjka świąteczna. — St. L e w a r t o w i c z: Mechaniczny teatrzyk. — J. K o r c z a k: Moje dziecko.

Nowiny lekarskie, rok XLII, nr. 3, z 1 lutego 1930 r.: B. K o w a l s k i i J. B a j o ń s k i: Ś. p. Prof. Dr. A. Rosner. — E d w. C m u n t: O niektórych mniej znanych przeciwwskazaniach kąpieli cieplicowych. — M. B l a s s b e r g: Nowoczesne leczenie cukrzycy w zdrojowiskach. — W. D e g a: Kilka uwag o etjologji i profilaktyce wrodzonego zwichnięcia biodra. — A. W i r s z u b s k i: W sprawie padaczki odruchowej.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVII, nr. 5, z 2 lutego 1930 r.: K. M o n i k o w s k i: Hamujący wpływ koloidalnego glinu na utolizę drożdży. — Sprawy zawodowe. — A. R y c h t e r ó w n a: Przemysł chemiczno-farmaceutyczny w Polsce i rola w nim młodego farmaceuty (dok.).

Pamiętnik Wileńskiego Towarzystwa lekarskiego i Wydziału lekarskiego Uniw. St. B., rok V, zeszyt 6 za listopad i grudzień 1929 r.: S. T r z e b i ń s k i: Ś. p. Prof. Rafał Radziwiłłowicz (Wspomnienie pośmiertne). — T. W ą s o w s k i: Badania doświadczalne nad wpływem niektórych związków narkotycznych i nasennych na układy: przedsionkowy i kanałów półkolistych. — M. R u b i n s z t e j n: Z dziedziny gospodarki wodnej ustroju. — S. B a g i ń s k i: O zastosowaniu pozafiołkowych promieni w mikroskopji. A. F a l k o w s k i: Czynniki wychowawcze w lecznictwie psychjatrycznem. — St. M a h r b u r g: Haemotoma perirenale. — A. W i r s z u b s k i: Zarys zagadnienia rzekomych guzów mózgowych.

Medycyna praktyczna, rok IV, zeszyt 1, z r. 1930: L. P o d k o m o r s k i: Spostrzeżenia nad działaniem szczepionki „Dmelcos" w leczeniu szankra miękkiego i jego powikłań. — W. H. M e l a n o w s k i: Pryszczykowe zapalenie spojówki i rogówki i jego leczenie. — M. S t a r o n i e w i c z: Kryterja czynności procesów gruźliczych.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VI, nr. 6, z 6 lutego 1930 r.: J. G l a s s: O gospodarce chlorowej ustroju i jej znaczeniu w patologji i terapji. — M. E r l i c h ó w n a: Kilka uwag o nakłuciu lędźwiowem. — J. K. S z p i l m a n: Kilka słów o przekłuwaniu uszu. — B. G l a s s: Nowsze poglądy na rolę i znaczenie niektórych elektrolitów ustroju (Streszcz. zbior. dok.). — Z. S z y m a n o w s k i: O unifikację Państwowej Służby Zdrowia. w Polsce. — L. Z a m e n h o f: Dzieje medycyny (c. d.).

Lekarz Polski, rok VI, nr. 2, z 1 lutego 1930 r.: J. B r z o z a: Lekarz w dzisiejszej organizacji społecznej. — Z. R u d o l f: Kształceni inżynierów sanitarnych. — W. J e ż e w s k i: Na nowe drogi (c. d.). — M. Z a c h e r t: Zakłady lecznicze dla chorych na jaglicę i ich działalność w 1927 roku (c. d.). — St. S t e r l i n g-O k u n i e w s k i: W aktualnej sprawie. — H. K ł u s z y ń s k i: Zagadnienie profilaktyki w Kasach chorych. — T. K a s z u b s k i: O stałych Komisjach do zwalniania od pracy.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

The Journal of Laboratory and Clinical Medicine.

Vol. XV. Nr. 3. December 1929.

Gruźlica morskich świnek. H. A. R e i s m a n i A. B. B a y l i s przestrzegają przed używaniem morskich świnek dla celów doświadczalnych i rozpoznawczych co do gruźlicy, o ile nie stwierdzono przedtem, że zwierzę nie jest już uprzednio zakażone gruźlicą. Dlatego polecają autorzy djagnostyczną próbę w kierunku gruźlicy u świnek morskich.

Białko osocza a stałość zawiesiny krwinek czerwonych i strącanie białka surowicy zapomocą siarczanu glinowego. L. R. J o-

nes stwierdził, że przyspieszenie opadania krwinek czerwonych idzie w parze z łatwiejszą strącalnością surowicy zapomocą siarczanu glinowego. Strącalność białka surowicy roztworem siarczanu glinowego o stężeniu mniejszem, niż 0,06%, uważa za zwiększoną, a swierdził ją w tych wszystkich przypadkach, w których i opadanie krwinek czerwonych było przyspieszone. Podaje technikę.

Przemiana węglowodanowa w akromegalji. M. Wishnofsky i Ch. S. Byron rozumują: wszystkie przypadki akromegalji wykazują hyperglikemję. Nie jest ona jednak zawsze równoznaczna z diabetes mellitus; dla zróżnicowania używają badania spółczynnika oddechania. Jeżeli bowiem po obciążeniu akromegalika glikozą spółczynnik oddechania zbliży się do 1, świadczy to o nienaruszonym narządzie wysepkowym trzustki. W tych przypadkach hyperglikemja tłómaczy się tylko wzmożonem wydzielaniem przysadkowem, pituitryna bowiem przeciwdziała insulinie tylko w zakresie utrzymywania normalnego poziomu glikemji, a nie w spalaniu glikozy. (Dlatego też cukrówka w akromegalji nie prowadzi do kwasicy). Ponieważ akromegalja jest wynikiem schorzenia przedniego płata przysadki, a pituitryna wyciągiem z tylnego, musi istnieć związek między temi dwiema częściami.

Badania nad przemianą tłuszczów I. H. R. Rony i A. J. Levy badali krzywą lipaemiczną po obciążeniu pokarmowem tłuszczami u osobników normalnych i otyłych, przyczem stwierdzili, że ma ona typ podobny do krzywej glikaemicznej po obciążeniu cukrowem, a u otyłych stwierdzili 3 grupy: o niskiej, średniej i wysokiej tolerancji. Tolerancja ta jest naogół równoległa do tolerancji dla cukru. Cholesterynemja nie ulega wahaniom.

Potas, a wpływ obniżający ciśnienie wyciągu wątrobowego. R. H. Major i C. J. Weber na podstawie eksperymentu zaprzeczają, jakoby sole potasu w wyciągu wątrobowym odgrywały rolę w wywołanem przezeń obniżeniu ciśnienia.

Niektóre wpływy na zawartość cukru we krwi i w moczu. E. M. Watson, stwierdził najwyższe wartości w krzywej dobowej glikaemji, glikozurji i zasadowości moczu u cukrzyków i normalnych w godzinach porannych.

Badania nad farmakologją środków znieczulających miejscowo. H. W. Coles i C. L. Rose.

F. F. Schwentker podaje *nowy hemoglobinometr,* wykluczający pomyłki z powodu żółtaczki.

Aparat do wytwarzania warunków anaerobiozy podaje J. Cohen.

Odczyn Wassermanna w surowicy ludzkiej z dodatkiem glicerolu podaje E. H. Rüdiger.

Porównanie kilku metod oznaczania cukru we krwi przeprowadzają E. R. Norris i W. E. Gibb.

Nowy rodzaj hematokrytu podaje M. M. Wintrobe.

Nowy sposób sporządzania skrawków tkankowych w parafinie podaje N. M. Vilkomerson.

Studja nad techniką odczyn Van der Bergh'a przeprowadzają H. Shay i E. M. Schloss.

Bincer (Kraków).

Piśmiennictwo niemieckie.

Medizinische Klinik.

Nr. 1. — 1930.

M. Martens: *Kamienie nerkowe i nerki kamicowe.* Omawia zachowawcze leczenie kamicy, badanie roentgenologiczne oraz poglądy na wskazania i przeciwwskazania operacyjne. Jest za usuwaniem kamieni w porę, zanim przyjdzie do uszkodzenia narządu zanim z pojedyńczego kamienia wytworzy się nerka kamicowa.

H. Schlesinger: *Nowe pytanie przy mesaortitis luetica.* Rozwój prac klinicznych z zakresu chorób serca i tętnicy głównej w związku z zakażeniem kiłowem, statystyka, większa częstość występowania mesaortitis luetica. Typowy obraz chorobowy. Nowe zagadnienia:

1) wczesne rozpoznawanie postaci nietypowych,
a) ze stałem podniesieniem parcia krwi,
b) z ważnemi lecz pojedyńczemi objawami,
c) z pojedyńczemi zespołami objawów,
2) połączenie atherom, aortae z mesaortitis luetica.

W rokowaniu rozróżnia dwie postacie: dobrotliwą i złośliwą w przebiegu. W leczeniu uwzględnia: jod, rtęć, bizmut, salwarsan w dawkach 3—4 g na całe leczenie, proteinoterapję, siarkę; jest przeciwko stosowaniu leczenia zimnicą. W okresie niewyrównania obok środków nasercowych zaleca i leczenie swoiste tylko ostrożnie (J., Bi, Salyrgan, Stovarsol), wyłączając rozumie się przypadki z jednoczesnem uszkodzeniem nerek, arrhythmia perp. lub bardzo silnem osłabieniem serca.

R. Schmidt: *W sprawie wczesnego i różniczkowego rozpoznawania guzów mózgu.* Ważne dla praktyka nietylko neurologa uwagi roztrząsające dokładnie pojedyńcze objawy (d. c. n.).

G. Rosenfeld: *O symulacji i dyssymulacji cukrzycy.* Symulacja: dodawanie cukru trzcinowego, przechowywanie cukru pod paznokciami i pod napletkiem, wstrzyknięcie florydzyny. Dyssymulacja: obcy mocz, djetetyczne lub przez wstrzyknięcie insuliny usunięcie cukru i acetonu w moczu przed badaniem.

J. Ziegler i H. Köhler: *Doustna pyelografja.* Rozwój historyczny od r. 1923. Podaje 8 — 10 g Na J + 10 g. Urea w mleku naczczo, po 15 minutach kładzie pacjenta na stole z blendą Bucky'ego, stosuje ucisk moczowodu przez 30 minut i dopiero wykonywa zdjęcie. Wskazania, przeciwskazania, nasuwające się dalsze problemy i wnioski wypływające przy stosowaniu tej metody.

A. Działoszyński: *Przetaczanie krwi w znaczeniu odtrucia.* Próby biologiczne, technika przetaczania (aparat Beck'a), ogólne uwagi. Stosowanie przetaczania krwi przy colitis ulcerosa, mening. epid., ileus-peritonitis, appendicitis perforativa, pyosalpinx (zakażenie mięszane) — miał dobre wyniki. Z piśmiennictwa przytacza zastosowanie przy oparzeniach, ostrej martwicy trzustki, zastoju oraz zakażeniu i niedomodze wydzielniczej nerek, zatruciu ciążowem i rzucawce porodwej, zatruciu tlenkiem węgla, morfiną. Wątpliwe wskazania przy sprawach przewlekłych zakaźnych i przy sepsis. Wpływ transfuzji w takich wypadkach sprowadza do:

1) podrażnienia szpiku kostnego,
2) dowozu ciał białkowych,
3) podniesienia odporności,
4) podniesienia ogólnej sprawności ustroju przez dostarczenie bodźców w postaci hormonów gruczołowych, fermentów, antyciał, dopełniaczy.

E. Schlenge: *Przyczynki do wpływu miesiączki na czynność żołądka.* Piśmiennictwo zebrane, dotychczasowe wyniki badań innych autorów. Własne spostrzeżenia prowadzące do wniosku, że żadnej istotnej zależności niema między wymienionemi w nagłówku sprawami.

H. Seel: *Nowe wyniki badań nad witaminami A i D.* Wpływ zwiększonego wywozu masła i produktów mlecznych na częstość występowania xerophtalmji. Zaleca ostrożne leczenie naświetlaną ergosteryną ze względu na hyperwitaminozę. Wypowiada się za stosowaniem i wprowadzaniem wymiareczkowanego tranu rybiego z powodu równoczesnej w nim zawartości witamin A i D oraz usunięcia możności przedawkowania ergosteryną.

K. Vogelsang: *Schorzenia twardówki, tęczówki i źrenicy.* Wskazówki dla praktyki (d. c. n.).

O. Strauss: *O raku i jego leczeniu.* (Referat d. c. n.).

W. Wolff: (Streszczenia). *Kilka nowych prac z zakresu fizjologji i patologji przewodu pokarmowego.*

Fortschritte der Therapie.

Nr. 2. 25. I. 1926.

Dr. med. A. Lennartz (Bonn): *Trzy lata leczenia Bismogenolem.* Wkrótce po wprowadzeniu bizmutu do leczenia kiły we Francji pojawił się w Niemczech pierwszy preparat bizmutowy „Bismogenol" (Tosse), który jak się okazało nie tylko dorównuje preparatom francuskim, lecz nawet je przewyższa; i pomimo coraz liczniej zjawiającej się konkurencji Bismogenol w Niemczech zachował swe pierwsze miejsce.

Bizmut posiada specyficzne działanie przeciwkiłowe i według zgodnego twierdzenia wielu autorów w zupełności zastępuje rtęć, przytem posiada tę zaletę, że objawy uboczne w porównaniu z Hg są o wiele słabsze i rzadziej występują. Daje się to zastosować przedewszystkiem do Bismogenolu.

Pod względem chemicznym Bismogenol jest połączeniem kwasu oksybensoesowego z bismutylem i zawiera prawie ściśle 60% metalicznego bizmutu. Każdy cm^3 10% zawiesiny zawiera zatem 0,06 Bi co jest dawką leczniczą dostatecznie wysoką i dobrze znoszoną, gdyż wymieniony związek bizmutowy należy do najmniej trujących.

Działanie uboczne przy Bismogenolu występuje bardzo rzadko. Zastrzyknięcia domięśniowe nie są bolesne i nie wywołują nacieków. Rąbek bizmutowy na dziąsłach czasami się zdarza, ale nie jest szkodliwy, zapalenie dziąseł występuje bardzo rzadko, również rzadkie i nieznaczne są podrażnienia nerek.

Kliniczne i serologiczne wyniki energicznego leczenia bismogenolem są doskonałe. Przy świeżej kile kombinowane leczenie bizmutem i neosalwarsanem dało również dobre wyniki, przyczem Bismogenol okazał się bardziej skutecznym od Hg.

Autor w ciągu 3 lat leczył przeszło 100 chorych na kiłę stosując częściowo leczenie kombinowane, częściowo tylko Bismoge-

nol. O wynikach kuracji, przeprowadzonych samym Bismogenolem świadczą historje choroby, z których widzimy szybkie cofanie się objawów kiły pierwszo- i drugorzędnej we wszystkich przypadkach nawet w takich, w których poprzednie injekcje salwarsanu były bezskuteczne. To samo stwierdzono w kile trzeciorzędnej. O. Wa. początkowo dodatni, przy końcu kuracji zwykle był ujemny.

Autor nie widział jakichkolwiek działań ubocznych, szkodliwego działania na nerki lub zapalenia dziąseł. Z powyższego wynika, że Bismogenol jest preparatem bizmutowym pewnie działającym, który się w dawkach około 1 cm^3 nadaje do szybkiego leczenia kiły różnych okresów, przyczem kuracje salwarsanowe działają pomocniczo. Należy również zwrócić uwagę na nieznaczną toksyczność tego preparatu.

NEKROLOGJA.

Wspomnienie pośmiertne.

Ś. p. Dr. med. Alojzy Korzybski zmarł w Mławie dnia 2 lutego 1930 roku.

Urodzony w 1869 r. w Korzybiu, powiatu Płońskiego, gimnazjum ukończył w Płocku w 1890 r. Po 2-letnim pobycie na Uniwersytecie Warszawskim na Wydziale Lekarskim wydalony został za sprawy polityczne w 1892 r. z „wilczym biletem". Po zmarnowanym roku, nie mogąc się dostać do żadnego Uniwersytetu w Rosji wstąpił w Krakowie na Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego, który ukończył w 1898 r., po roku zdał habilitacyjny egzamin dla zaboru rosyjskiego w Kazaniu *„cum eximia laude"*. W 1899 r. osiadł w Mławie, gdzie praktykował z całem zaparciem się siebie, ordynując w Szpitalu św. Wojciecha niespełna 20 lat, piastując posady lekarza szkolnego szkoły handlowej Mławskiej przed wojną, a następnie gimnazjum Wyspiańskiego, gimnazjum żeńskiego p. A. Krokowskiej, lekarza więziennego, lekarza ambulatorjum Pomocy Wiejskiej a ostatnio od 1925 r. Powiatowej Kasy Chorych, zastępstwo lekarza powiatowego 1925 - 6, od 1919 do 1929 lekarza miejskiego. Podczas wojny europejskiej pełnił obowiązki lekarza kolejowego, lekarza powiatowego w Ciechanowie. W r. 1915 z ramienia C. K. R. prowadził lotny oddział sanitarny w Urlach pod Zochowem i w tymże 1915 r. powrócił do Mławy. Na placówce też został ś. p. Alojzy w czasie inwazji bolszewickiej i aresztowany był na parę godzin za Polski Czerwony Krzyż.

Zaiste ogrom pracy, niewyczerpana energja! To też padł po miesięcznej obłożnej chorobie, po grypowem zapaleniu płuc, by odpocząć, bo nigdy nie wypoczywał, doznając ciągle strasznego ciosu w życiu rodzinnem: utratę i 10-letnią chorobę ukochanej żony, stratę córki dorastającej, co mu w ostatnich latach poderwało zdrowie. Na wszystkich tych stanowiskach był niestrudzonym pracownikiem ten lekarz, nie zaniedbując udzielania pomocy ludności Mławy i jej okolicy i należąc do wielu organizacyj społecznych z wyraźnie narodowym odcieniem i z wyraźnem obliczem.

Tracimy z Jego zgonem godnego Obywatela kraju, sumiennego i uczciwego lekarza, kochającego i wzorowego męża i ojca. Niósł On oburącz przez całe Swe życie wysoko sztandar narodowy i zawodowy, niestrudzenie i pozostawił go Swym synom Stanisławowi i Tadeuszowi w nieskazitelnej bieli, jako osłodę i dumę w bolesnej ich stracie, Kolegom jako przykład godny naśladowania.

Śpij zacny Kolego snem spokojnym, który niech Ci będzie wypoczynkiem po tak znojnej a owocnej pracy, nie tracąc duchowej łączności z nami.

Niech Ci ta ziemia rodzima, którą tak ukochałeś, lekką będzie, a nagrodą Twą, jest to, żeś doczekał się Zmartwychpowstania i wyzwolenia ukochanej Ojczyzny.

Cześć Twej pamięci, której hołd złożyły Ci tłumy na pogrzebie.

Dr. Fr. Mieczyński.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Państwowa Szkoła Higjeny w r. 1929. W ciągu 1929 roku w Państwowej Szkole Higieny zorganizowano 14 kursów, w których wzięło udział 719 słuchaczy, w tej liczbie: lekarzy 259, inżynierów 21, nauczycieli szkół powszechnych 119, pielęgniarek społecznych 28, kontrolerów sanitarnych 34, działaczy i pracown. uzdr. krajow. 36, działaczy społecznych na polu walki z alkoholizmem 222. Dla lekarzy zorganizowano kursy następujące: 9-miesięczny kurs higjeny publicznej dla lekarzy powiatowych i miejskich, 4-tygodniowy kurs przeszkolenia dla lekarzy powiatowych, 3-miesięczny kurs dla lekarzy przychodni przeciwalkoholowych, dwa 8-dniowe kursy dla lekarzy przychodni przeciwjaglicznych, 3-tygodniowy kurs dla lekarzy kierowników ośrodków zdrowia, 2-tygodniowy kurs dla lekarzy szkolnych. Od początku istnienia Szkoły ogólna liczba słuchaczy wyniosła 3097, w tej liczbie zgórą 800 lekarzy.

Lustracja Szpitali Warszawskich. Lustracja szpitali warszawskich, prowadzona przez ekspertów komisji rewizyjnej Rady Miejskiej, w osobach dr. Kołłątaja-Srzednickiego i kuratora Gustawa Jeute, została zakończona. Wyniki ekspertyzy zostały już wręczone komisji rewizyjnej.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 11 lutego 1930 r. o godz. 8-mej wiecz. 1) L. Blacher: O wartości dla kliniki określania liczby płytek we krwi oraz wskaźnika płytkowego Allard'a. — 2) Wł. Filiński: Klinika niedomogi serca.

Kraków.

IX Zjazd Towarzystwa Internistów Polskich odbędzie się w 1931 roku w Krakowie. Tematami referatów głównych będą: 1) Reumatyzm z referentami: prof. Ciechanowskim i prof. Latkowskim. — 2) Hipertyreozy — z referentami: dr. Maciągiem, doc. dr. Glaclem i prof. dr. Orzechowskim.

Sprawozdanie szpitala OO. Bonifratrów. W roku 1929 przyjęto do szpitala OO. Bonifratrów w Krakowie i pielęgnowano 2131 chorych, z tych opuściło szpital 1426 zdrowych, 423 podleczonych, 62 nieuleczalnych, zmarło 112, pozostało w szpitalu 108 chorych. Dni leczenia było 42217. Przeciętnie pozostawało dziennie w szpitalu 115 chorych, a każdy chory — przeciętnie przez 20 dni. Pod względem wyznania było: katolików 1858, gr.-katolików 9, Ormian 1, prawosławnych 2, ewangelików 6, izraelitów 255. W ambulatorjach: chirurgicznem, wewnętrznem, uszu, gardła, nosa, okulistycznem, skórnem i techniczno-dentystycznem udzielono porad lekarskich 79.459 chorym, w tem wykonano sporą liczbę mniejszych operacyj. Podając powyższe sprawozdanie do publicznej wiadomości, zaznaczamy, iż w roku 1929 wybudowaliśmy osobny dom na pralnię, uposażając ją w najnowsze urządzenia pralni parowo-elektrycznej, a nadto wybudowaliśmy całe jedno 3-piętrowe skrzydło szpitala, w którem oprócz kuchni urządzonej według najnowszych wymogów higjeny, chłodni itd., znajdują się sale dla chorych, sale opatrunkowe, sterylizacje i mieszkania dla lekarzy. Przy niniejszem składamy najserdeczniejsze „Bóg zapłać" wszystkim naszym przyjaciołom za poparcie nas w tem zbożnem dziele i polecamy się na przyszłość.

Lwów.

W klinice Oto-laryngologicznej U. J. K. we Lwowie, odbędzie się w dniach od 17 marca do 12 kwietnia br., Kurs Oto-laryngologji dla lekarzy, pod osobistem kierownictwem Dyrektora Kliniki Prof. Dra T. Zalewskiego. Opłata za kurs wynosi 200 zł. Maksymalna ilość słuchaczy 10-ciu. — Zgłoszenia przyjmuje Dyrekcja Kliniki Oto-laryngologicznej, Lwów, ulica Pijarów 6.

Wilno.

Na dorocznem zebraniu Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, dnia 11-go grudnia 1929 roku wybrani zostali na rok 1930: 1) Na Prezesa Prof. J. Szmurło. 2) Na wiceprezesów: D-wie S. Lewande i L. Łukowski. 3) Na sekretarzy. Doc. E. Czarnecki i Dr. T. Wąsowski. 4) Na skarbnika Dr. W. Bądzyński. 5) Na bibljotekarza Doc. A. Safarewicz. Na członków komisji rewizyjnej: D-wie: W. Bujalski, A. Wirszubski, i Z. Zawadzki. Na członków komitetu redakcyjnego: 1) Dr. W. Bądzyński, 2) Doc E. Czarnecki, 3) Prof. W. Jasiński, 4) Dr. S. Lewande, 5) Dr. M. Minkiewicz, 6) Doc. A. Safarewicz, 7) Prof. S. Schilling-Siengalewicz, 8) Prof. J. Szmurło, 9) Prof. S. Trzebiński, 10) Dr. A. Wirszubski.

Z kraju.

Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za miesiąc grudzień 1929 r. W Zarządzie Centralnym. Mianowani: Dr. Głuszkiewicz Włodzimierz, Radca ministerjalny w VI st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, Naczelnikiem Wydziału w V st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim we Lwowie dekretem z dn.

27. XII. 1929 r. Dr. Drzewiecki Bolesław, prow. urzędnik w VIII st. sł. w Starostwie powiatowem w Warszawie, do odwołania referendarzem w VII st. sł. w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych dekretem z dnia 23. XII. 1929 r. Miller Felicjan, prow. referendarz w VII st. sł. w Min. Spraw Wewn., do odwołania Radcą ministerjalnym w VI st. sł. dekretem z dnia 21. XI. 1929 r.

W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia. Mianowani: Inż. Margasiński Zbigniew, prow. adjunkt w VII st. sł. w Państwowym Zakładzie badania żywności i przedmiotów użytku w Warszawie, adjunktem w VII st. sł. w tymże Zakładzie dekretem z dn. 19. XII. 1929 r. Dutkiewicz Leopold, urzędnik w VIII st. sł. w Państwowym Szpitalu św. Łazarza w Krakowie, asesorem w VII st. sł. w tymże Zakładzie dekretem z dnia 31. XII. 1929 r. Knybel Stanisław, urzędnik VIII st. sł. w Państwowym Zakładzie dla umysłowo chorych w Kulparkowie, asesorem w VII st. sł. w tymże Zakładzie dekretem z dn. 30. XII. 1929 r. Lewandowski Józef, prow. rachmistrz w IX. st. sł. w Państwowym Zakładzie Zdrojowym w Ciechocinku, do odwołania księgowym w VIII st. sł. w tymże Zakładzie, dekretem z dn. 21. XII. 1929 r. Dr. Dąbski Feliks, urzędnik w VIII st. sł. w Państwowym Zakładzie dla umysłowo chorych w Kobierzynie, urzędnikiem I kat. w VII st. sł. w tymże Zakładzie, dekretem z dn. 14. XII. 1929 r. Skimina Jan, prow. kancelista w XII st. sł. w Państwowym Zakładzie Zdrojowym w Krynicy, do odwołania kancelistą w XI st. sł. w tymże Zakładzie dekretem z dn. 19. XII. 1929.

Przeniesieni w stan spoczynku: Dr. Fuchs Leon, Dyrektor Państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie w V st. sł., z dniem 31 grudnia 1929 r. na własną prośbę.

Zwolnieni: Dr. Lubaczyński Józef, Kierownik Oddziału w VI st. sł. w Państwowym Zakładzie Higjeny w Warszawie, z dniem 31. XII. 1929 r. na własną prośbę.

We Władzach II Instancji: Mianowani: Dr. Orszulok Paweł, prow. lekarz powiatowy w VII st. sł., do odwołania Naczelnikiem Wydziału w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach dekretem z dnia 3. XII. 1929 r.

Zwolnieni: Jagiełło Kazimierz, Radca wojewódzki w VI st. sł. w Poleskim Urzędzie Wojewódzkim w Brześciu n/B., z dniem 30. XI. 1929 r. wobec przejścia do służby w Min. Pracy i Opieki Społecznej.

We Władzach I Instancji: Mianowani: Dr. Pilszak Stanisław, lekarz powiatowy w VIII st. sł. w Starostwie powiatowem w Brzozowie, lekarzem powiatowym w VII st. sł. tamże dekretem z dnia 3. XII. 1929 r. Dr. Zając Marjan, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sł. w Starostwie powiatowem w Lubaczowie, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sł. tamże dekretem z dnia 3. XII. 1929 r. Dr. Dorosz Antoni, prow lekarz powiatowy w VIII st. sł. w Starostwie powiatowem w Sanoku, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sł. tamże dekretem z dnia 3. XII. 1929 r. Robel Wiktor, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sł. w Starostwie powiatowem w Lisku, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sł. tamże dekretem z dnia 3. XII. 1929 r. Dr. Pietrzycki Ignacy, lekarz powiatowy w VIII st. sł. w Starostwie powiatowem w Tłumaczu, lekarzem powiatowym w VII st. sł. tamże dekretem z dnia 3. XII. 1929. — Dr. Jelonek Feliks, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sł. w Starostwie powiatowem w Żywcu, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sł. tamże dekretem z dnia 11. XII. 1929. Dr. Kamiński Rajmund, prow. lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Gniewie, lekarzem powiatowym w VII st. sł. tamże dekretem z dnia 11. XII. 1929. Dr. Lachowski Leonard. prow. lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Grudziądzu, lekarzem powiatowym w VII st sł. tamże dekretem z dnia 11. XII. 1929. Dr. Ślebodziński Antoni, prow. lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Gorlicach, lekarzem powiatowym w VII st. sł. tamże dekretem z dnia 11. XII. 1929. Dr. Augustowicz Henryk, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sł. w Starostwie powiatowem w Odolanowie, prow. lekarzem powiatowym w VII st. sł. tamże dekretem z dnia 14. XII. 1929. Dr. Riabczenko Mikołaj, prow. lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Dubnie, lekarzem powiatowym w VII st. sł. tamże dekretem z dnia 30. XII. 1929. Dr. Kania Feliks, prow. lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Wieliczce, lekarzem powiatowym w VII st. sł. tamże dekretem z dnia 31. XII. 1929. Dr. Berggrün Herman, lekarz powiatowy w VIII st. sł. w Starostwie powiatowem w Śniatynie, lekarzem powiatowym w VII st. sł. tamże dekretem z dnia 18. XII. 1929 r. Dr. Talikowski Jan, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sł. w Starostwie powiatowem w Rawie Mazowieckiej, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sł. tamże dekretem z dn. 31. XII. 1929. Dr. Wiszniewski Konstanty, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sł. w Starostwie powiatowem w Płońsku, do odwołania lekarzem powiatowym w VII st. sł. tamże dekretem z dnia 31. XII. 1929 r. Dr. Białobrzeski Antoni, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sł. w Starostwie powiatowem w Środzie, prowizorycznym lekarzem powiatowym w VII st. sł. tamże dekretem z dnia 14. XI. 1929.

Przeniesieni: Dr. Gefäll Maurycy, prow. lekarz powiat. w VIII st. sł. w Starostwie pow. w Drohobyczu, na takież stanowisko w Starostwie pow. w Bohorodczanach dekretem z dnia 2. XII. 1929 r. Dr. Kwaśniewski Mieczysław, lek. pow. w VIII st. sł. w Starostwie pow. w Kosowie, na takież stanowisko w Starostwie pow. w Drohobyczu dekretem z dnia 2. XII. 1929 r. Dr. Grochowiak Franciszek, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Pilźnie, na takież stanowisko w Starostwie powiatowem w Jaśle dekretem z dnia 5. XII. 1929. Dr. Ciepielewski Aleksander, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Grybowie, na takież stanowisko w Starostwie powiatowem w Makowie dekretem z dnia 6. XII. 1929. — Dr. Olszewski Józef, lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Makowie, na takież stanowisko w Starostwie powiatowem w Grybowie dekretem z dnia 5. XII. 1929. Dr. Madej Kazimierz, prow. lekarz powiatowy w VIII st. sł. w Starostwie powiatowem w Ostrzeszowie, na takież stanowisko w Kępnie dekretem z dnia 31. XII. 1929. Dr. Komornicki Stanisław, prow. lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Kępnie, na takież stanowisko w Starostwie powiatowem w Makowie Mazowieckim dekretem z dnia 31. XII. 1929.

Zwolnieni. Dr. Haniewicz Aleksander, prow. lekarz powiatowy w VII st. sł. w Starostwie powiatowem w Drohiczynie, z dniem 31. XII. 1929 roku.

Ze świata.

I. Międzynarodowy Zjazd Mikrobiologji, organizowany przez Międzynarodowe Towarzystwo Mikrobiologji, odbędzie się w Paryżu w Instytucie Pasteura i w Zakładzie kongresowym w czasie od 20 do 25 lipca r. 1930. — Osoby, pragnące wziąć udział w Zjeździe, proszone są o nadsyłanie zgłoszeń oraz wpisowego w wysokości 100 frank. franc. do skarbnika Zjazdu pod adresem: M. Georges Masson, éditeur, 120, Boulevard St. Germain — do dnia 15 czerwca 1930 r. Agencja Thos, Cook et Son, 2, pl. de la Madeleine dostarcza wszelkich informacyj i pośredniczy w wyszukiwaniu lokali oraz nabywaniu biletów na przejazd. Przewidywana jest wycieczka do Wersalu i Malmaison lub do Vallée de Chevreuse, w cenie 90 franków, oraz bankiet w cenie 65 franków. Osoby, życzące sobie wziąć udział w wycieczce, bankiecie lub w obu, proszone są o wysłanie pieniędzy pod adresem skarbnika razem z wpisowem.

Międzynarodowa naukowa wycieczka lekarzy do Hiszpanji. Dzięki inicjatywie prymarjusza Dr. Fryderyka Baracha, Wiedeń, wybierają się lekarze austrjaccy 18. kwietnia 1930 do Hiszpanji. Uczestnicy zobaczą Wenecję, San Remo, Monte Carlo, Monaco, Niceę (spotkanie z Dr. M. Faure, prezydentem towarzystwa lekarskiego na Rivierze Société Médicale du Littoral Mediterranéen) i odwiedzą w Chateau Grimaldi Prof. Dr. Voronoffa (znanego z operacji odmładzania). W Barcelonie i w Madrycie zobaczą hiszpańskie zakłady lecznicze. Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń (Wien) I., Biberstrasse 11, I. St.

Targi Angielskie. Tegoroczne, 16-te z rzędu. Targi Angielskie odbędą sie między 17 — 28 lutego w Londynie i Birminghamie. Między innemi działami na Targach będą reprezentowane działy instrumentów naukowych i optycznych, instrumentów i urządzeń medycznych i chirurgicznych, lekkich i ciężkich chemikaljów, domowych produktów chemicznych i drogeryjnych, perfumerji i inne. O bliższe szczegóły, ulgi dla wyjeżdżających i t. d. zgłaszać się należy do Wydziału Handlowego Ambasady Angielskiej (Warszawa, Piękna 6) oraz do Wice-Konsulatów Angielskich w Katowicach, Lwowie, Łodzi, Poznaniu i Bydgoszczy.

Redakcja otrzymała.

Higier Henryk: „Der Arzt und die Heilkunst". (Hypochondria medicogenetica. Odb. z czas. „Sbornyk po psychonewrologji".

Higier Henryk: „Przełom w psychoanalizie". Odb. z Warsz. czas. lek. nr. 42, z r. 1929.

Ciechanowski Stan.: „Stan i potrzeby nauk lekarskich". Odb. z XI tomu „Nauki Polskiej". Rocznika Kasy im. Mianowskiego.